

la collection
des conférenciers

dirigée par F. Lamazou

préparation aux ECN

Gynécologie Obstétrique

F. Lamazou
S. Salama

a méthodologie de rédaction

une fiche par item

les réponses types

les sujets tombés et tombables

les pièges classiques

MASSON

Gynécologie Obstétrique

Chez le même éditeur

Dans la même collection, *« La collection des conférenciers »* **:**

Endocrinologie – Diabétologie, par F. Lamazou, L. Bricaire, 2007, 136 pages.
Maladies infectieuses, par L. Bricaire, F. Bricaire, 2007, 136 pages.
Orthopédie – Traumatologie, par J. Amzallag, M. Amzallag, 2007, 112 pages.

Dans la collection ***Cahiers des ECN***

Gynécologie – Obstétrique, par A.-C. Donnadieu, C. Firtion. 2006, 416 pages.

Dans la collection ***Abrégés Connaissances et Pratiques***

Gynécologie – Obstétrique, par le Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF), 2007, 496 pages.

Dans la collection ***Réviser et s'entraîner en DCEM***

Gynécologie – Obstétrique, par E. David-Montefiore. 2005, 168 pages.

Gynécologie Obstétrique

Frédéric Lamazou
Interne en DES de gynécologie-obstétrique
et DESC de médecine de la reproduction,
conférencier d'internat à Laennec, Hermès et Kalifa

Samuel Salama
Interne en DES d'obstétrique-gynécologie chirurgicale,
conférencier d'internat à Hermès et Kalifa


ELSEVIER
MASSON



62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
http://www.elsevier.fr et http://www.masson.fr

ISBN : 978-2-294-7007-2 (papier) 978-2-294-09306-7 (eBook Pdf)

Avant-propos

Cette collection n'a pas pour objectif de remplacer vos polycopiés de cours. C'est une aide pour votre travail personnel. Avec un groupe de conférenciers nous avons fait une synthèse des annales de l'Internat et des ECN, et nous nous sommes aperçus que pour chaque item il n'est pas possible de vous interroger sur une multitude de questions : ce sont donc souvent les mêmes qui retombent. Seul « l'emballage » du dossier change : le terrain, les antécédents et les traitements personnels... Mais, dans le fond, les questions restent les mêmes et donc les réponses aussi.
Nous avons sélectionné, par item, les questions qui sont déjà tombées et celles que nous avons jugées « tombables ». Nous vous fournissons les réponses les plus complètes possibles au niveau du contenu et sur le plan méthodologique. Le but est de vous montrer les points importants qu'il ne faut pas oublier et qui valent des points, et de vous montrer comment présenter vos réponses de façon à ce qu'elles soient claires pour vous et pour le correcteur. Une présentation claire et logique montre que vous avez compris ce que vous faites et que vous ne faites pas que réciter votre cours. De plus, n'oubliez pas que les correcteurs des ECN ont plusieurs milliers de copies à corriger dans un temps très court et qu'ils seront donc beaucoup plus réceptifs à une copie bien présentée qu'à une copie qui ressemble à un brouillon.

Ensuite, vient la rubrique « Le mot du conférencier » où nous vous donnons tous nos trucs, nous indiquons les pièges et les astuces des questions. Au besoin, nous faisons des rappels de cours sur les points qui posent problème aux étudiants lors de nos conférences. Nous essayons de vous montrer comment raisonner sur un sujet, quels sont les points qui doivent vous alerter. En bref, c'est une synthèse de tout ce que l'on dit en conférence.

En DCEM 2 et DCEM 3, ce livre va vous aider à faire vos fiches car vous pourrez y trouver les points importants des questions : cela vous évitera de recopier l'intégralité de votre livre sur vos fiches. Cela va également vous faire travailler votre méthodologie. Encore une fois, c'est un point que l'on juge très important. Vous devez vous forcer à bien écrire et à bien présenter vos dossiers dès le début, même quand vous faites des dossiers pour vous-même. Les bonnes habitudes sont dures à prendre mais les mauvaises sont dures à perdre ! Ne croyez pas que le jour des ECN, vous allez bien écrire, proprement, lisiblement,

avec une super présentation. C'est faux, si vous le faites pour la première fois aux ECN, vous perdrez énormément de temps alors que si vous le faites dès le début cela deviendra instinctif et vous irez vite.

En DCEM 4, ce livre vous aidera pour vos derniers tours, pour vérifier qu'il ne vous manque pas de zéros et pour réciter pendant vos sous-colles. Enfin, il vous permettra de faire un dernier tour rapide des questions et de revoir les pièges et astuces grâce au « mot du conférencier ».

Les ECN sont une course d'endurance : ne partez pas en trombe, cela ne sert à rien, vous allez vous épuiser. Pas de panique, organisez-vous bien et prenez des moments de repos, vous travaillerez bien mieux ensuite. Profitez de vos stages pour apprendre tous les points pratiques et développer votre raisonnement clinique. Les ECN vous testent presque autant sur votre raisonnement que sur vos connaissances. Vous vous rendrez compte qu'en raisonnant sur un dossier sur lequel vous n'avez pas d'idées, en faisant du logique et du symptomatique, vous arriverez à avoir beaucoup plus de points que vous ne le pensez.

Profitez de vos conférences, ne révisez pas avant d'y aller, cela ne sert à rien : vous saurez répondre aux questions pendant la conférence, mais le lendemain vous en aurez oublié une grande partie. Vous devez tester votre mémoire à long terme et non votre mémoire immédiate, car c'est votre mémoire à long terme qui vous servira le jour des ECN. Même si vous n'avez pas révisé, allez aux conférences, en quelques heures vous traiterez plusieurs chapitres et vous retiendrez plein de choses. Lorsque vous ferez tranquillement ces questions vous comprendrez plus facilement et vous vous rendrez compte que finalement vous connaissez déjà pas mal de choses. Faites un maximum de dossiers, c'est le meilleur entraînement pour les ECN. Insistez sur les questions pénibles que personne n'aime (infections materno-fœtales, accueil d'une victime de violence sexuelle...), ce sont en général les dossiers « classants » quand ils tombent.

Bon courage ! Travaillez bien. Et encore une fois pas de panique, organisez-vous bien, prenez des pauses de temps en temps, et vous allez voir que ça va très bien se passer !

Frédéric LAMAZOU

Table des matières

Gynécologie

Obstétrique

Fiche de méthodologie

La présentation est très importante aux ECN : vous avez un cahier sans case, ce qui veut dire que vos réponses peuvent aller d'un mot à une, voire deux pages. Devant une réponse longue, le correcteur, qui a environ deux milles copies à corriger, doit pouvoir trouver rapidement les mots-clés. Devant une copie mal écrite et mal présentée, un correcteur sera toujours plus sévère car il passera beaucoup plus de temps à essayer de déchiffrer les mots-clés et à les dénicher au milieu d'une page de texte sans aucune présentation.
Nous vous proposons donc une présentation type pour les principales questions que l'on peut vous poser aux ECN. Elle sera, bien entendu, à adapter au cas par cas. Utilisez les décalages, les tirets et écrivez les mots-clés en majuscules. Évitez les longues phrases. Entraînez-vous à le faire dès maintenant car ce n'est pas le jour des ECN, alors que vous serez stressé, que vous allez pouvoir changer votre manière de présenter votre dossier ou alors ce sera au prix d'une perte de temps considérable. À l'inverse, avec de l'entraînement vous irez très vite en évitant les longues phrases, et les items seront plus clairs pour vous aussi lors de la relecture de votre dossier.

Réponse type : « Quel est votre diagnostic ? »

Le diagnostic est : XXXXX ± AIGU ou CHRONIQUE ± BÉNIN ou SÉVÈRE ± DU CÔTÉ DROIT OU GAUCHE ± COMPLIQUÉ ou NON car :

Terrain :

- présence de facteurs de risques :
- antécédents :

Histoire de la maladie :

-
-

Clinique :

-
-

Examens complémentaires :

- biologiques :
  -
  -
- imagerie :
  -
  -
- autres : cœlioscopie…

Signes de gravité :

-
-

Signes négatifs :

-
-

Compliqué de YYYY car :

- clinique :
- paraclinique :

Réponse type : « Quel bilan faites-vous ? »

Bilan à visée diagnostique :

- biologique :
  -
  -
- imagerie :
  -
  -

Bilan à visée étiologique :

- biologique :
  -
  -
- imagerie :
  -
  -

Bilan à la recherche de complications :

- biologique :
  -
  -

- imagerie :



Bilan pré-thérapeutique :

- biologique :



- imagerie :



Réponse type : « Quel est votre bilan en cancérologie ? »

Confirmation diagnostique = preuve histologique.
Bilan d'extension :

- locale (tumeur)
- régionale (ganglions)
- à distance (métastases)

Marqueurs cancéreux.
Bilan des autres complications.
Bilan préoperatoire, préchimiothérapie (+ conservation des ovocytes).

Réponse type : « Quel examen vous permet de faire le diagnostic ? »

Examen complémentaire :

- résultats attendus :



- signes de gravités :



- signes négatifs :



Réponse type : « Quel est votre traitement ? »

HOSPITALISATION ou non en service spécialisé
± URGENCE THÉRAPEUTIQUE ± PRONOSTIC VITAL ENGAGÉ ± PRONOSTIC FONCTIONNEL ENGAGÉ

Mise en condition du malade :

- ± repos au lit
- ± voie veineuse périphérique
- ± scope cardiotensionnel
- ± À JEUN

Traitement étiologique :

- traitement médical : CLASSE DU MÉDICAMENT : FAMILLE DU MÉDICAMENT : NOM DU GÉNÉRIQUE ± posologie VOIE D'ADMINISTRATION ± durée
- traitement chirurgical

Traitement symptomatique : CLASSE DU MÉDICAMENT : FAMILLE DU MÉDICAMENT : NOM DU GÉNÉRIQUE ± posologie VOIE D'ADMINISTRATION ± durée

Prévention des complications de décubitus :

- ± prévention des escarres
- ± kinésithérapie
- ± anticoagulant à dose préventive : héparine de bas poids moléculaire : ENOXAPRINE SODIQUE/LOVENOX SC

Surveillance :

- clinique :
  -
  -
- paraclinique :
  -
  -

Réponse type : « Quelle est votre prise en charge ? »

HOSPITALISATION ou non en service spécialisé
± URGENCE THÉRAPEUTIQUE ± PRONOSTIC VITAL ENGAGÉ ± PRONOSTIC FONCTIONNEL ENGAGÉ

Mise en condition du malade :

- ± repos au lit
- ± voie veineuse périphérique

- ± scope cardiotensionnel
- ± À JEUN

Bilan ± en urgence :

- biologique :
  -
  -
- imagerie :
  -
  -
- bilan pré-thérapeutique
  -
  -

Traitement étiologique :

-
-

Traitement symptomatique :

-
-

Prévention des complications de décubitus :

- ± prévention des escarres
- ± kinésithérapie
- ± anticoagulant à dose préventive : héparine de bas poids moléculaire : ENOXAPRINE SODIQUE/LOVENOX SC

Surveillance :

- à court terme :
  - Clinique :
  - Paraclinique :
- à moyen et long terme
  - Clinique :
  - Paraclinique :

Prise en charge sociale :

- ± prise en charge à 100 %
- ± aide ménagère...

Faire un brouillon

Avant de parler du brouillon, juste un rappel : bien qu'on vous demande de rédiger vos réponses, souvenez-vous que VOUS ÊTES TOUJOURS NOTÉS PAR DES MOTS-CLÉS, que le correcteur doit trouver dans votre copie.
En fait, ce n'est pas au correcteur de les trouver mais à vous de les mettre en évidence pour être sûr qu'il ne les oubliera pas !
Pour ce faire :

- ne soulignez pas (perte de temps et copie surchargée, surtout si vous écrivez petit)
- ÉCRIVEZ EN MAJUSCULES (les choses que vous savez ou que vous pensez importantes) :
  - bien plus VISIBLE;
  - et surtout bien plus LISIBLE (surtout si vous écrivez mal).

Je vous rappelle que c'est pour cette même raison que le nom des médicaments doit être écrit en MAJUSCULES sur les ordonnances et prescriptions.

Revenons à notre brouillon, qu'il est essentiel de faire le jour du concours mais, bien évidemment, il faut vous y entraîner avant.

En conférence, vous n'avez en général pas le temps de faire ce brouillon (dommage), il faut donc prendre l'habitude d'en faire quand vous faites des dossiers chez vous, aux concours blancs...

Le rôle du brouillon est de ne pas oublier les points importants, d'éviter les zéros à la question et surtout de ne pas tomber dans les pièges qui vous sont tendus. Ne rédigez pas vos réponses sur le brouillon, c'est une perte de temps.

Le brouillon doit être fait pendant la lecture de l'énoncé. Faites toujours attention à chaque mot, rien n'est jamais mis au hasard : si un antécédent ou un traitement est noté, vous devrez vous en servir.

Le brouillon que je vous conseille se divise en 4 parties.

Première partie

Deuxième partie

Quatrième partie

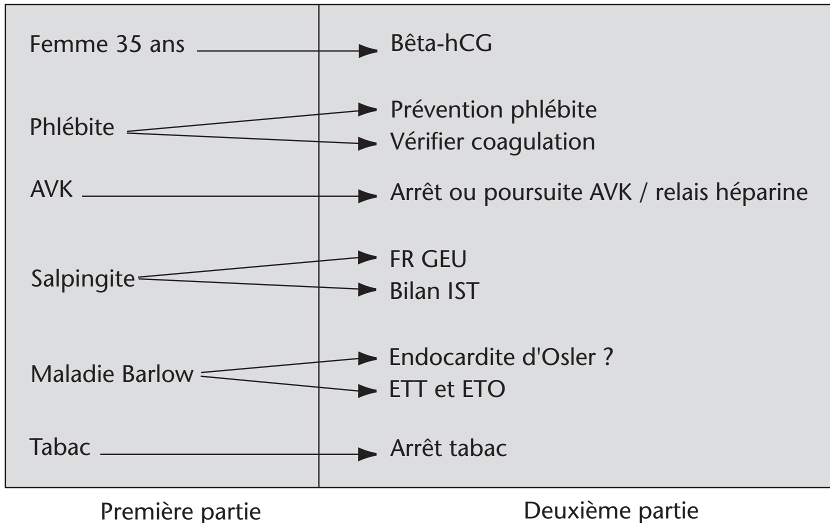
Troisième partie

Première et deuxième parties :

Première partie = la lecture de l'énoncé : notez sur le brouillon les éléments clés comme le terrain, les antécédents, les traitements...

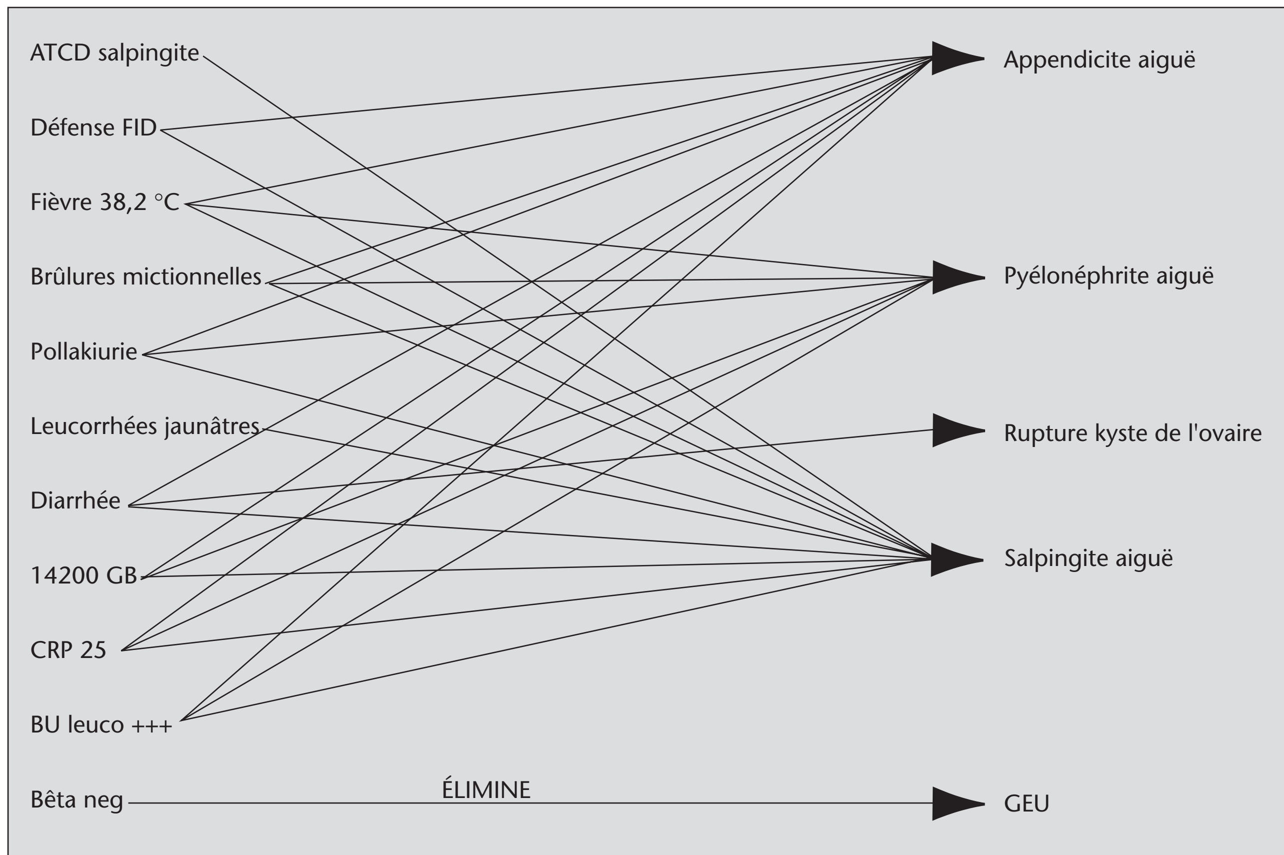
En face de chaque item, dans la deuxième partie, notez les mots-clés automatiques ou les points importants :

Ex. : *Madame H., âgée de 35 ans, vient consulter pour une douleur de la FID... On note dans ses antécédents une phlébite il y a 3 mois pour laquelle elle est encore sous Sintrom®, une salpingite à 20 ans et une maladie de Barlow. Elle fume un paquet de cigarettes par jour depuis quinze ans...*



Troisième partie :
Si vous êtes sûr du diagnostic, passez directement à la quatrième partie. Le plus souvent cela ne pose pas de problèmes, mais dans les cas où vous hésitez, faites cette partie.

Troisième partie = symptômes et examens complémentaires pour trouver le diagnostic : reportez tous ces éléments et reliez-les aux différents diagnostics possibles : le bon diagnostic sera celui vers lequel convergent toutes les flèches.


ATCD salpingite
Défense FID
Fièvre 38,2 °C
Brûlures mictionnelles
Pollakiurie
Leucorrhées jaunâtres
Diarrhée
14200 GB
CRP 25
BU leuco +++
Bêta neg
ÉLIMINE
Appendicite aiguë
Pyélonéphrite aiguë
Rupture kyste de l'ovaire
Salpingite aiguë
GEU

La *quatrième partie* est à mettre sous la deuxième, une fois le diagnostic posé : mettez-y tous les mots-clés que vous connaissez de la question.

Ensuite, au fur et à mesure de la rédaction, à chaque fois que vous mettez un mot-clé dans les parties 2 et 4 dans une question, barrez-le sur votre brouillon.

Le brouillon va vous servir à nouveau au moment de la RELECTURE.

NE RELISEZ PAS VOS RÉPONSES = PERTE DE TEMPS.

En revanche, RELISEZ L'ÉNONCÉ (vérifiez que vous n'avez pas oublié une question ou une deuxième partie de question).

RELISEZ également VOTRE BROUILLON, il est là pour vous rappeler tous les pièges qui vous étaient tendus : au moment du traitement vous aviez par exemple oublié l'âge de la patiente et le fait qu'elle était mineure : vous rajoutez autorisation parentale à votre réponse traitement…

Liste des abréviations

AC/FA	arythmie complète par fibrillation auriculaire
ACTH	*adrenocorticotrophic hormone*
AMP	assistance médicale à la procréation
AVC	accident vasculaire cérébral
BMI	index de masse corporelle
CMV	cytomégalovirus
CRP	*C reactive protein*
DID	diabète insulinodépendant
DIU	dispositif intra-utérin
EBV	*Epstein Barr virus*
ECBC	examen cytobactériologique des crachats
ECBU	examen cytobactériologique des urines
EFR	explorations fonctionnelles respiratoires
FCS	fausse couche spontanée
FIV	fécondation *in vitro*
FSH	hormone folliculostimulante
GEU	grossesse extra-utérine
GH	*growth hormone*
GH-RH	*growth hormone-releasing hormone*
Gn-RH	*gonadotropin releasing hormone*
hCG	*human chorionic gonadotrophin*
HGPO	hyperglycémie provoquée par voie orale
HPV	*human papillona virus*
HNPCC	cancer colorectal héréditaire sous polypose
HRP	hématome rétroplacentaire
ICISI	injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes
IM	intramusculaire
IST	infection sexuellement transmissible
IVD	intraveineux direct
IVG	interruption volontaire de grossesse

IVSE	intraveineux à la seringue électrique
LH	hormone lutéinisante
LH-RH	*luteinizing hormone-releasing hormone*
MAP	menace d'accouchement prématuré
PV	prélèvement vaginal
RAI	recherche d'agglutinines irrégulières
RCF	rythme cardiaque fœtal
RCIU	retard de croissance intra-utérin
SA	semaine d'aménorrhée
SAF	syndrome d'alcoolisation fœtale
SC	sous-cutané
SNC	système nerveux central
SOPKH	syndrome des ovaires polykystiques
T3L	tri-iodo-3,5,3′ thyronine sous forme libre
T4L	tetra-iodo-3,5,3′,5′ thyronine sous forme libre
TA	tension artérielle
TCA	temps de céphaline activé
TDM	tomodensitométrie
TP	taux de prothrombine
THS	traitement hormonal substitutif
TPHA-VDRL	sérologie syphilis
TRH	*thyrotropin releasing hormone*
TSH	*thyroid stimulating hormone*
UIV	urographie intraveineuse

Gynécologie

ITEM 243

Anomalies du cycle menstruel et hémorragie génitale chez la femme

Objectifs : *Diagnostiquer une hémorragie génitale chez la femme.*
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Étiologies

Causes vulvaires et vaginales (ce ne sont donc pas des métrorragies) :

- plaies traumatiques de la vulve ou du vagin
- lésions post-coïtales de l'hymen

Causes cervicales :

- ectropion
- cancer du col utérin
- polype accouché par le col
- lésions traumatiques du col

Causes endo-utérines :

- fibromes
- polype de l'endomètre
- cancer de l'endomètre
- endométrite : *post-partum* ou post-curetage
- adénomyose ou endométriose endo-utérine
- métrorragies du premier trimestre

Causes annexielles :

- salpingite
- GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE
- tumeur de la trompe
- tumeur ovarienne

Causes iatrogènes :

- pilule progestative, œstroprogestative microdosée, ou stérilet
- traitement anticoagulant

Gynécologie-Obstétrique

Exploration de métrorragies

Interrogatoire :

- antécédents médicaux : troubles de la coagulation
- antécédents gynécologiques : fibrome ou polype, grossesse extra-utérine (GEU), ménopause, cycles réguliers
- prise médicamenteuse : anticoagulant, aspirine. Mode de contraception.
- date des dernières règles : sont-elles tombées à la date prévue ? Étaient-elles comme d'habitude ? Se méfier des dernières règles dont la patiente vous dit qu'elles n'étaient pas comme d'habitude : il peut s'agir de métrorragies de début de grossesse intra ou extra-utérine
- position dans le cycle : métrorragies de milieu de cycle ?
- abondance par rapport aux règles ?
- durée des saignements
- saignement après les rapports sexuels (ectropion ou cancer du col)
- signes associés : leucorrhées sales (salpingite), douleurs pelviennes (fausse couche spontanée ou grossesse extra-utérine), fièvre
- signes sympathiques de grossesse : nausées matinales, sensation de tension mammaire
- signes d'irritation péritonéale, qui signe la présence de sang dans la cavité abdominale : diarrhée, scapulalgie droite, nausées

Examen clinique :

- palpation abdominale : recherche une sensibilité pelvienne ou une défense. Rappel : la présence d'une défense signe une urgence chirurgicale !
- spéculum : évalue l'abondance des saignements pour éventuellement poser l'indication d'un curetage en urgence. Confirme l'origine utérine des saignements. Présence de caillots ou de débris ovulaires ?
- toucher vaginal : recherche une masse pelvienne, une sensibilité, une irritation péritonéale à la palpation du cul-de-sac de Douglas

Bilan complémentaire :

- échographie pelvienne : mesure l'endomètre, recherche un fibrome ou des polypes, recherche un épanchement péritonéal, évalue son abondance, recherche une masse latéro-utérine, vérifie les ovaires et surtout cherche une grossesse
- biologie : bêta-hCG au moindre doute, NFS-plaquettes, CRP, TP-TCA

Syndrome prémenstruel

Il s'agit d'un DIAGNOSTIC D'ÉLIMINATION.

Anamnèse : antécédents d'épisodes similaires.

Clinique :

- douleurs pelviennes survenant au moment des règles
- métrorragies correspondant aux règles décrites par la patiente

Signes négatifs :

- absence de signes d'irritation péritonéale
- absence de leucorrhées sales
- bêta-hCG : négatives
- bilan infectieux négatif
- échographie pelvienne normale

Traitement :

- anti-inflammatoires non stéroïdiens : kétoprofène (Profénid®) *per os* pendant 5 jours
- prévention de l'ulcère gastrique : inhibiteurs de la pompe à protons (oméprazol : Mopral®) *per os* pendant 5 jours
- antalgiques : paracétamol (Doliprane®) *per os*



Le mot du conférencier

Un petit rappel des définitions :

- ménorragies : saignement pendant les règles ;
- polyménorrhée : règles abondantes et/ou prolongées ;
- hyperménorrhée : règles trop abondantes mais de durée normale ;
- pollakiménorrhée : règles trop rapprochées ;
- métrorragies : hémorragie d'origine utérine en dehors des règles ;
- dysménorrhées : douleurs survenant pendant les règles ;
- *spotting* : saignement anarchique de faible abondance.

Devant toute femme qui saigne, les premières choses auxquelles il faut penser sont :

- l'abondance du saignement ;
- la tolérance aux saignements ;
- l'élimination ou la confirmation d'une grossesse. TOUJOURS PENSER À LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE !

Devant des métrorragies au cours de rapports sexuels : penser au cancer du col.

Devant des métrorragies post-ménopausiques : penser au cancer de l'endomètre.

ITEM 292

Algies pelviennes chez la femme

Objectifs : *Devant des algies pelviennes chez la femme, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.*

Étiologies à évoquer devant une douleur pelvienne aiguë

Causes gynécologiques :

- test de grossesse positif :
  - GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE
  - fausse couche spontanée
  - contractions utérines de début de grossesse
  - kyste du corps jaune
- test de grossesse négatif :
  - causes endo-utérines :
    - fibromes : nécrobiose aseptique, torsion d'un fibrome pédiculé
    - polype de l'endomètre accouché par le col
    - endométrite *post-partum* ou post-curetage
    - adénomyose ou endométriose endo-utérine
  - causes annexielles :
    - kystes ovariens : TORSION D'ANNEXE, hémorragie ou rupture
    - salpingite aiguë

Causes digestives :

- appendicite aiguë
- sigmoïdite aiguë
- constipation

Causes urologiques :

- cystite aiguë
- colique néphrétique

Gynécologie-Obstétrique

Étiologies à évoquer devant des douleurs pelviennes chroniques

Causes gynécologiques :
- causes endo-utérines :
  - fibromes
  - cancer du col évolué
  - cancer de l'endomètre évolué
  - prolapsus
- causes annexielles :
  - endométriose
  - cancer de l'ovaire évolué

Causes digestives : douleurs fonctionnelles (constipation).

Exploration d'une douleur pelvienne aiguë

Interrogatoire :
- âge de la patiente
- antécédents personnels : kystes, appendicite aiguë, recherche de facteurs de risque de salpingite aiguë, de grossesse extra-utérine
- mode d'apparition de la douleur : brutale ou rapidement progressive
- signes associées : métrorragies, leucorrhées, signes d'irritation péritonéale (nausées, diarrhées)
- date des dernières règles
- grossesse

Examen clinique :
- prise de la tension artérielle, du pouls et de la température : recherche de signes de choc
- palpation abdominale : recherche d'une défense
- spéculum : recherche de métrorragies, de leucorrhées
- toucher vaginal : recherche une masse ou une douleur à la mobilisation utérine, à la palpation des culs-de-sac latéraux et du cul-de-sac de Douglas

Examens complémentaires :
- biologie :
  - bilan préopératoire si besoin : groupe ABO, Rhésus, RAI, NFS-plaquettes, TP-TCA
  - CRP

    - prélèvement vaginal, ECBU et hémocultures selon point d'appel clinique
    - DOSAGE QUANTITATIF DES BÊTA-HCG PLASMATIQUES
- imagerie :
    - ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE PAR VOIE ENDOVAGINALE
    - scanner abdominopelvien si besoin

Exploration d'une douleur pelvienne chronique

Interrogatoire :

- âge de la patiente
- antécédents personnels : kystes, fibromes, recherche de facteurs de risque de salpingite aiguë
- date d'apparition de la douleur
- mode d'apparition de la douleur : brutale ou rapidement progressive
- caractère permanent ou paroxystique
- signes associés : métrorragies, leucorrhées
- régularité des cycles
- date des dernières règles
- grossesse

Examen clinique :

- prise de la tension artérielle, du pouls et de la température : recherche de signes de choc
- palpation abdominale : recherche d'une défense
- spéculum : recherche de métrorragies, de leucorrhées
- toucher vaginal : recherche une masse, ou une douleur à la mobilisation utérine, à la palpation des culs-de-sac latéraux et du cul-de-sac de Douglas

Examens complémentaires :

- biologie :
    - NFS-plaquettes, CRP
    - prélèvement vaginal, ECBU et hémocultures selon point d'appel clinique
    - DOSAGE QUANTITATIF DES BÊTA-HCG PLASMATIQUES
- imagerie :
    - ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE PAR VOIE ENDOVAGINALE
    - scanner abdominopelvien si besoin



Le mot du conférencier

Encore une question « fourre-tout » qui peut regrouper la quasi-totalité de la pathologie gynécologique, digestive, urologique et pourquoi pas neurologique...

Sur les douleurs pelviennes aiguës : IL NE FAUT PAS PASSER À CÔTÉ DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ET DE LA TORSION D'ANNEXE.

Méfiez-vous de l'**endométriose**, qui est en ce moment la pathologie « à la mode » en gynécologie. Elle est souvent abordée de façon un peu trop rapide dans vos livres, alors qu'il s'agit d'une des causes majeures de douleurs pelviennes et de stérilité. Un petit rappel ne fait donc pas de mal.

Physiopathologie

Greffe de cellules endométriales sur le péritoine au niveau du cul-de-sac de Douglas, des ovaires, de la vessie ou du tube digestif. Cela explique que la symptomatologie survienne principalement au moment des règles. Elle crée par ailleurs une inflammation locale à l'origine d'adhérences péri-ovariennes, tubaires ou au niveau du cul-de-sac de Douglas.

Diagnostic

Les symptômes sont très variés selon la localisation de la greffe endométriale. Ce qui doit attirer l'attention, c'est le fait que tous ces signes, en particulier la douleur, apparaissent au moment des règles :

- le symptôme le plus courant est donc la dysménorrhée ;
- une atteinte des ligaments utérosacrés se manifeste par des dyspareunies profondes ;
- une atteinte ovarienne va entraîner un kyste : endométriome ;
- une atteinte urinaire peut se traduire par des hématuries pendant les règles ;
- une atteinte rectale se manifeste par des rectorragies.

Examen clinique

L'abdomen est en général souple mais sensible au niveau pelvien au moment des règles.

À l'examen sous spéculum, il est possible de voir des nodules d'endométriose au niveau des parois vaginales et du col, qui seront mieux vus sous examen coloscopique.

Le toucher vaginal est un examen très informatif :
- au niveau de la face postérieure, il est possible de sentir les ligaments utérosacrés tendus au niveau du tiers supérieur du vagin et de reproduire les douleurs ressenties au cours des rapports sexuels. Par ailleurs, on peut sentir des nodules de la cloison rectovaginale ;
- dans les culs-de-sac, on peut palper des masses latéro-utérines correspondant à des endométriomes.

Examens complémentaires

Biologie

Le CA 125 est augmenté (comme dans les cancers de l'ovaire).

Imagerie

- Échographie pelvienne : les endométriomes apparaissent comme des kystes à contenu finement échogène.
- Hystéroscopie : visualise de petites cryptes sur les parois de la cavité utérine évoquant de l'adénomyose.
- L'IRM est l'examen de référence car elle permet de voir les lésions d'endométriose en hypersignal.
- Plus ou moins rectosigmoïdoscopie ou cystoscopie en cas d'extension vésicale ou rectale.
- La CŒLIOSCOPIE est le seul examen qui permette d'affirmer le diagnostic d'endométriose en visualisant les lésions sous la forme de taches chamois sur le péritoine, ou sous la forme de nodules bleutés. On voit également de nombreuses adhérences au niveau du cul-de-sac de douglas et des fossettes ovariennes et enfin on recherche un ou des endométriomes. Au terme de la cœlioscopie, on classifie l'endométriose selon l'extension des lésions en 4 stades de gravité croissante.

Évolution

Elle est très variable d'une patiente à l'autre : certaines vont avoir une régression spontanée des lésions et des symptômes. D'autres vont au contraire rester stables ou au contraire s'aggraver. Les symptômes régresseront spontanément après une grossesse ou au moment de la ménopause.

Traitement

La prise en charge est médicochirurgicale :

- traitement médical :
  - ANALOGUE DE LA LH-RH : Décapeptyl® pendant 3 mois ;
  - ou macroprogestatifs : Surgestone® pendant 3 mois ;
- TRAITEMENT CHIRURGICAL, par cœlioscopie ou par laparotomie :
  - coagulation de toutes les lésions d'endométriose ;
  - adhésiolyse ;
  - kystectomie des endométriomes ;
  - résection des nodules d'endométriose avec risque de rectosigmoïdectomie avec colostomie pendant 3 mois ou cystectomie partielle. La patiente doit être prévenue de ces éventualités en préopératoire ;
- surveillance.

ITEM 296

Aménorrhées

Objectifs : Devant une aménorrhée, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

Étiologies des aménorrhées primaires

Aménorrhée primaire avec croissance et développement des caractères sexuels secondaires normaux :

- imperforation hyménéale : douleurs pelviennes mensuelles
- agénésie mullérienne ou syndrome de Rokitanski : les 2/3 supérieurs du vagin et de l'utérus sont absents
- synéchie utérine d'origine tuberculeuse prépubertaire (très rare)

Aménorrhée primaire avec caractères sexuels absents ou anormaux

- dysgénésie gonadique : syndrome de Turner (monosomie X)
- hypogonadisme hypergonadotrope :
  - tumeur intracrânienne : craniopharyngiome responsable d'un panhypopituitarisme
  - chirurgie, radiothérapie
- atteintes des ovaires :
  - chirurgie
  - radiothérapie
  - chimiothérapie
- blocs enzymatiques virilisants : pseudo-hermaphrodisme féminin (déficit en 21-hydroxylase)
- testicules féminisants
- hyperandrogénie : syndrome des ovaires polykystiques (donne également des aménorrhées secondaires)

Prise en charge d'une aménorrhée primaire

Interrogatoire :

- antécédents familiaux :
  - âge des ménarches chez la mère et chez les sœurs
  - aménorrhée primaire
  - anomalies génétiques ou chromosomiques

- antécédents personnels :
  - pathologies ayant nécessité une radiographie ou une chimiothérapie
  - prises médicamenteuses
  - troubles du comportement alimentaire
  - âge d'apparition des éventuels caractères sexuels secondaires

Examen clinique :
- développement staturopondéral
- stade de développement pubertaire : développement des seins, pilosité axillaire et pubienne
- signes d'hyperandrogénie (pilosité ou acné) ou d'hypercorticisme
- examen gynécologique

Bilan :
- courbe thermique
- biologie :
  - dosage FSH, LH, prolactine et œstradiol
  - test de stimulation à la LH-RH
  - test au progestatif pendant 10 jours
- imagerie :
  - échographie pelvienne : présence et taille de l'utérus et des ovaires
  - radiographie du poignet gauche pour déterminer l'âge osseux
  - scanner ou IRM de la selle turcique
- caryotype

Étiologies des aménorrhées secondaires

- GROSSESSE +++.
- Anorexie mentale.
- Hyperandrogénie d'origine surrénalienne.
- Hyperandrogénie d'origine ovarienne : syndrome des ovaires polykystiques ou dystrophie ovarienne.
- Tumeurs intracrâniennes :
  - adénome hypophysaire
  - craniopharyngiome
- Castration médicamenteuse.
- Maladies générales :
  - diabète
  - cirrhose
  - hypothyroïdie
  - maladie d'Addison
  - hypercorticisme : maladie de Cushing

  - hémochromatose
  - tuberculose grave
  - hyperprolactinémie
- Aménorrhée post-pilule.
- Ménopause.

Prise en charge des aménorrhées secondaires

Interrogatoire :
- antécédents familiaux :
  - ménopause précoce
  - pathologies endocriniennes
- aménorrhée brutale ou précédée de troubles du cycle
- date des dernières règles normales
- prise d'un traitement médicamenteux
- antécédents de chirurgie pelvienne, de chimio ou de radiothérapie
- antécédent d'hémorragie de la délivrance
- troubles psychologiques

Clinique :
- poids
- taille
- aspect général : hyperandrogénisme (hirsutisme, acné, hyperséborrhée)
- spéculum : recherche de carence œstrogénique (muqueuses sèches et fragiles, absence de glaire cervicale)
- toucher vaginal : volume utérin, masses ovariennes
- examen mammaire : existence d'une galactorrhée spontanée ou provoquée

Bilan :
- courbe ménothermique
- dosages :
  - prolactine
  - FSH, LH
  - testostérone
- test dynamique de la stimulation à la Gn-RH si on suspecte une cause hypophysaire
- test aux progestatifs

Imagerie :
- échographie pelvienne
- hystéroscopie diagnostique ou hystérosalpingographie



Le mot du conférencier

- **Aménorrhée primaire** = absence de règles :
  – à 16 ans en cas de développement pubertaire normal ;
  – à 14 ans en cas de développement pubertaire absent ou insuffisant.
- **Aménorrhée secondaire** = absence de règles pendant au moins 3 mois chez une femme antérieurement réglée.

Encore une question vaste regroupant de nombreuses pathologies. Les bilans des aménorrhées sont vastes mais hélas à connaître !

Attendez-vous à des sujets mélangés avec de la psychiatrie (anorexie) ou de l'endocrinologie (hyperprolactinémie, hypothyroïdie, Cushing...).

Cas particulier : syndrome des ovaires polykystiques (SOPKH)

- Dystrophie ovarienne.
- Aménorrhée précédée de longues périodes de spanioménorrhée.
- Femme jeune souffrant de virilisme et d'obésité.
- Échographie : gros ovaires lisses avec de nombreux petits follicules immatures en périphérie.
- Cœlioscopie : gros ovaires lisses sans cicatrices d'ovulation.
- Biologie :
  – testostéronémie augmentée ;
  – delta-4-androstènedione élevé ;
  – taux de LH élevé ;
  – rapport LH/FSH > 2 ;
  – réponse explosive de la LH au test dynamique à la Gn-RH ;
  – ± hyperprolactinémie.

ITEM 342

Tuméfaction pelvienne chez la femme

Objectifs : Devant une tuméfaction pelvienne chez la femme, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

Étiologies principales

Étiologies gynécologiques :
- utérus gravide : GROSSESSE
- GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE
- KYSTE DE L'OVAIRE
- CANCER DE L'OVAIRE
- FIBROMES UTÉRINS

Étiologies urologiques :
- rétention aiguë d'urine : globe vésical
- cancer de la vessie

Étiologie digestive : cancer rectosigmoïdien.

Étiologie vasculaire : anévrisme de l'aorte abdominale.

Étiologie hématologique : adénopathies dans le cadre d'un lymphome.

Diagnostic d'un fibrome utérin

Terrain : femme d'origine africaine.

Signes fonctionnels :
- ménorragies :
  - hyperménorrhée et spanioménorrhée
  - polyménorrhée
  - ménométrorragies
- leucorrhées abondantes avant les règles
- douleurs variables

- troubles urinaires : pollakiurie voire rétention aiguë d'urine ou incontinence urinaire d'effort
- stérilité

Examen clinique :

- palpation abdominale : masse pelvienne mobile
- toucher vaginal : utérus augmenté de volume, déformé par les fibromes

Examens paraclinques :

- ÉCHOGRAPHIE ENDOVAGINALE : le plus souvent NODULE HYPOÉCHOGÈNE, HOMOGÈNE À CONTOURS TRÈS RÉGULIERS, permettant de le distinguer facilement du myomètre sain adjacent. Au Doppler, on observe une vascularisation périphérique en couronne. Il faut définir :
  - le nombre de myomes
  - leurs dimensions
  - leur situation par rapport à l'endomètre
  - leur situation par rapport à la séreuse
- hystérosalpingographie (en première moitié de cycle) :
  - sous-muqueux :
    - cavité agrandie ou soufflée
    - lacune intracavitaire permanente, régulière à bords nets
    - parfois on peut voir la base d'implantation et la largeur du pédicule
  - interstitiels :
    - déformation des bords de la cavité
    - images de soustraction régulière
  - sous-séreux :
    - non visibles
    - utérus latérodévié et/ou trompe étirée

Indications chirurgicales des fibromes

Indications générales (fibromes symptomatiques ou compliqués) :

- hémorragies avec anémie
- douleurs
- compression des organes de voisinage
- nécrobiose aseptique après traitement médical

Résection hystéroscopique : fibrome sous-séreux de taille < 5 cm avec 5 mm de myomètre sain sous-séreux en regard et au moins 50 % de développement intracavitaire.

Myomectomie :

- fibromes sous-séreux pédiculés ou sessiles chez la femme jeune
- fibromes interstitiels chez la femme jeune

Embolisation radio-interventionnelle : fibrome interstitiel unique chez la femme jeune avec désir de grossesse.

Hystérectomie : utérus polymyomateux chez la femme âgée ou sans désir de grossesse.

Traitement médical des fibromes

- Asymptomatique : abstention thérapeutique.
- Ménométrorragies isolées et modérées :
  - macroprogestatifs : Lutényl® ou Surgestone® de J15 à J25 du cycle, ou de J5 à J25 du cycle si un effet contraceptif est désiré
  - en cas d'échec des macroprogestatifs ou en préopératoire : Décapeptyl® LP, 1 injection IM par mois pendant 1 à 3 mois

Complications des fibromes

En dehors de la grossesse :

- anémie ferriprive par ménorragies chroniques
- torsion d'un fibrome pédiculé
- nécrobiose aseptique d'un fibrome
- compression des organes de voisinage :
  - rétention aiguë d'urine
  - dysurie
  - colique néphrétique
  - constipation
- thromboses veineuses profondes
- œdèmes des membres inférieurs

Pendant la grossesse :

- fausses couches spontanées à répétition
- accouchement prématuré
- rupture prématurée des membranes
- présentation dystocique
- dystocie mécanique à l'accouchement
- dystocies dynamiques au cours du travail
- hémorragie de la délivrance

Conduite à tenir devant la découverte d'un kyste d'allure bénigne à l'échographie

- Devant un kyste bénin, liquidien pur sans cloison ni végétation chez une femme jeune sans facteurs de risque de cancer de l'ovaire :
  - SURVEILLANCE SIMPLE PENDANT 3 MOIS avec prescription d'une pilule œstroprogestative hors contre-indications
  - contrôle échographique à 3 mois : si le kyste a disparu, il s'agissait d'un kyste fonctionnel
- Si le kyste persiste, il s'agit plus probablement d'un kyste organique, qu'il faut opérer sous cœlioscopie pour l'envoyer en examen anatomopathologique afin d'éliminer un cancer de l'ovaire ou une tumeur *borderline.*



Le mot du conférencier

Encore une question très générale, qui comprend principalement les fibromes et les kystes ovariens.

En ce qui concerne les fibromes, souvenez-vous de quelques points pièges :

- ON NE RETIRE JAMAIS DE FIBROMES AU COURS D'UNE CÉSARIENNE !
- c'est une pathologie bénigne ;
- la nécrobiose aseptique, qui se manifeste par des douleurs pelviennes, des métrorragies noirâtres et de la fièvre, se diagnostique à l'échographie avec une image en cocarde. Le traitement repose sur les AINS et les antalgiques. L'hospitalisation est fonction de l'intensité des douleurs.

En ce qui concerne les kystes, pour les ECN, retenez la prise en charge des kystes d'allure fonctionnelle (*cf. supra*) et, en cas de doute sur la nature du kyste, mettez en œuvre la prise en charge diagnostique d'un cancer de l'ovaire. C'est une des rares fois où l'on vous pardonnera d'indiquer trop d'examens. Il vaut mieux être sûr d'éliminer un cancer de l'ovaire.

ITEM 88

Infections génitales de la femme : leucorrhées

Objectifs : *Diagnostiquer une infection génitale de la femme.*
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de la patiente.

Traitement d'une mycose à *Candida albicans*

Le traitement s'effectue en ambulatoire.

Traitement étiologique :

- ANTIFUNGIQUES LOCAUX : Gynopévaryl® LP ovules et Pévaryl® lait en application locale sur les petites et les grandes lèvres
- traitement antifungique *per os* uniquement en cas d'atteinte digestive associée ou en cas de récidive précoce

Traitement du partenaire sexuel : Pévaryl® lait au niveau du sillon balano-préputial.

Éducation de la patiente pour la prévention des récidives :

- utilisation du savon alcalin pour la toilette intime
- éviter le port de sous-vêtements serrés, en synthétique
- éviter la douche vaginale

Surveillance : réalisation d'un prélèvement vaginal en cas de résistance au traitement ou de récidive précoce.

Traitement d'une vaginose

Le traitement s'effectue en ambulatoire :

- traitement étiologique : après réalisation du prélèvement vaginal, ANTIBIOTIQUES (Fazigyne®) *PER OS* EN UNE PRISE
- surveillance : prélèvement vaginal

Traitement d'une vaginose chez une femme enceinte

Le traitement s'effectue en ambulatoire :
- traitement étiologique : après réalisation du prélèvement vaginal, ANTIBIOTIQUES LOCAUX (métronidazole) en ovules pendant 10 jours
- surveillance : prélèvement vaginal

Prise en charge d'une infection génitale à *Trichomonas vaginalis*

La prise en charge s'effectue en ambulatoire :

Traitement étiologique :
- ANTIBIOTIQUES LOCAUX : métronidazole (Flagyl®) ovules pendant 10 jours
- ANTIBIOTIQUES GÉNÉRAUX : Fazigyne® *per os* en une prise

Traitement du partenaire : ANTIBIOTIQUES *PER OS* (nimorazole : Naxogyn®) en une prise.

Savon acide : Lactacid®.

Bilan des infections sexuellement transmissibles (IST) :
- SÉROLOGIES VIH 1 et 2 APRÈS ACCORD DE LA PATIENTE
- SÉROLOGIES HÉPATITES B et C
- TPHA-VDRL (SÉROLOGIE SYPHILIS)
- SÉROLOGIES *CHLAMYDIAE TRACHOMATIS* et MYCOPLASME

Surveillance.



Le mot du conférencier

Ce chapitre peut difficilement faire l'objet d'un dossier. On peut éventuellement glisser une question dans un dossier d'obstétrique sur le traitement d'une vaginose chez une femme enceinte.

N'oubliez pas que l'infection à *Trichomonas* est une infection sexuellement transmissible.

ITEM 88

Infections génitales de la femme : salpingites aiguës

Objectifs : *Diagnostiquer une infection génitale de la femme.*
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi de la patiente.

Quels sont les germes responsables ?

- BACTÉRIES :
  - *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* (30 à 60 %)
  - GONOCOQUES (5 à 20 %)
- *Mycoplasma hominis* et *Ureoplasma*

Évocation du diagnostic

Terrain (présence de facteurs de risques) :
- âge < 25 ans
- nulli ou pauciparité
- partenaires sexuels multiples
- antécédents de gonorrhées, d'infections à *Chlamydia* ou utéro-annexielles
- dispositif intra-utérin (DIU)
- PV positif
- causes iatrogènes :
  - hystérosalpingographie
  - biopsie d'endomètre
  - hystéroscopie
  - DIU
  - curetage

Clinique :
- douleurs unilatérales hypogastriques ou en fosse iliaque
- fièvre à 39 °C (absente dans 50 % des cas)
- leucorrhées sales
- métrorragies
- toucher vaginal : douleur à la mobilisation utérine ± masse latéro-utérine

Biologie :

- NFS : hyperleucocytose (absente dans 50 % des cas)
- CRP augmentée +++

Imagerie : échographie pelvienne par voie endovaginale :

- normale : n'élimine pas le diagnostic
- signes de complications : abcès pelvien ou pyosalpinx ou hydrosalpinx

> N.B : Une douleur de l'hypochondre droit irradiant dans l'épaule, évoquant une cholécystite, sans ictère, avec bilan biologique et échographie normale, évoque un syndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

Diagnostics différentiels devant des douleurs pelviennes fébriles

Causes gynécologiques :

- SALPINGITE AIGUË
- ENDOMÉTRITE AIGUË
- GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE
- nécrobiose aseptique d'un fibrome

Causes digestives :

- appendicite aiguë
- sigmoïdite aiguë
- colite inflammatoire
- rectocolite hémorragique
- maladie de Crohn : iléite de Crohn

Causes urologiques :

- cystite aiguë compliquée
- pyélonéphrite aiguë
- colique néphrétique compliquée

Comment poser le diagnostic de certitude ?

On réalise une CŒLIOSCOPIE EXPLORATRICE sous anesthésie générale, à visée :

- **diagnostique :**
  - CONFIRME LE DIAGNOSTIC EN VISUALISANT DES TROMPES INFLAMMATOIRES associées à des ADHÉRENCES PELVIENNES et un ÉPANCHEMENT PÉRITONÉAL PURULENT
  - bilan des lésions : adhérences, abcès, trompes très modifiées

- **bactériologique :** prélèvements multiples à visée bactériologique au niveau de l'épanchement péritonéal, d'éventuels abcès ou vésicules
- **thérapeutique :** adhésiolyse, drainage des éventuels abcès et lavage abondant

Prise en charge

La patiente doit être HOSPITALISÉE EN SERVICE DE GYNÉCOLOGIE.

Mise en condition de la patiente :

- repos au lit
- voie veineuse périphérique

Bilan en urgence :

- biologie :
    - bilan préopératoire :
        - NFS-plaquettes, TP et TCA
        - CRP
    - bilan infectieux :
        - PRÉLÈVEMENT VAGINAL avec recherche de *Chlamydia*, mycoplasme et gonocoque
        - hémocultures périphériques répétées avant toute antibiothérapie et en cas de frissons
        - bandelette urinaire et ECBU
    - BILAN DES INFECTIONS SEXUELEMENT TRANSMISSIBLES :
        - SÉROLOGIES VIH 1 et 2 AVEC L'ACCORD DE LA PATIENTE
        - SÉROLOGIES HÉPATITES B et C
        - TPHA-VDRL
        - sérologies *Chlamydia* et mycoplasme
- imagerie :
    - ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE avec examen des annexes, recherche d'un épanchement péritonéal et examen de l'appendice
    - ± scanner abdominopelvien en cas de doute diagnostique
    - CŒLIOSCOPIE EXPLORATRICE à visée diagnostique, bactériologique et thérapeutique

Traitement étiologique :

- BIANTIBIOTHÉRAPIE PAR VOIE VEINEUSE probabiliste, active sur le *Chlamydia* et le mycoplasme, secondairement adaptée aux antibiogrammes :
    - PÉNICILLINE : amoxicilline et acide clavulanique (Augmentin®), 1 g x 3/j IV puis pendant 21 jours *per os*
    - FLUOROQUINOLONES : ofloxacine (Oflocet®), 200 mg x 2/j IV puis *per os* pendant 21 jours

- puis à l'arrêt de ces antibiotiques, TÉTRACYCLINE : doxycycline (Vibramycine®), pendant un mois

Traitement symptomatique :
- antalgiques par voie veineuse : Perfalgan®
- ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS : Nifluril® suppositoires ou IV ou corticoïdes
- œstroprogestatifs pendant 3 mois

Prise en charge du ou des partenaires sexuels :
- prélèvement urétral et ECBU
- BILAN DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
- ANTIBIOTHÉRAPIE : TÉTRACYCLINE (Vibramycine®) pendant 21 jours

Surveillance.

Complications

Complications aiguës :
- PYOSALPINX : persistance de la fièvre et de la douleur, avec risque de fistule vaginale ou rectale, péritonite par rupture de l'abcès
- ABCÈS DE L'OVAIRE

Complications à distance liées aux adhérences et/ou hydrosalpinx et/ou agglutination des franges :
- ALGIES PELVIENNES : 15 à 20 % des cas, soit permanentes soit cycliques
- STÉRILITÉ : 20 % des cas, soit du fait de l'obturation tubaire, soit du fait d'une impossibilité de captation par le pavillon, soit du fait d'une altération de l'épithélium tubaire
- grossesse extra-utérine



Le mot du conférencier

Ce dossier prend son intérêt dans ses divers diagnostics différentiels qui permettent d'envisager une prise en charge globale et très transversale de la patiente. Les erreurs le plus souvent commises sont :
- l'oubli de la recherche des autres infections sexuellement transmissibles ;
- l'oubli de la prise en charge des partenaires.

Dans ce dossier, faites toujours une cœlioscopie même si, en pratique, vous savez qu'elle n'est pas systématique.

L'endométrite et la salpingite sont quasiment toujours associées du fait de leur proximité anatomique : les trompes débouchent dans la cavité utérine, il n'y a pas un mur qui empêche l'envahissement local par les bactéries. Les 2 cas où vous serez amené à porter le diagnostic d'endométrite aiguë sont : en *post-partum* après une révision utérine (*cf.* chapitre « Suites de couches pathologiques », page 154) et après un geste endo-utérin (curetage ou pose d'un DIU). Dans ce cas, la cœlioscopie est inutile et le traitement repose sur une antibiothérapie active sur les pyogènes.

Certains proposent une antibiothérapie par Rocéphine® + Vibramycine®, c'est du détail, l'essentiel est d'être actif sur les germes intracellulaires.

La cœlioscopie doit toujours apparaître dans un dossier de salpingite, en urgence chez la nullipare, ou en cas de défense ou de pyosalpinx, ou alors 2 mois après pour faire le bilan des lésions.

La pilule permet de bloquer l'ovaire de façon à éviter un abcès ovarien, secondaire à l'ouverture de la coque ovarienne qui a lieu lors de l'ovulation. Les AINS sous couverture antibiotique permettent de limiter le phénomène inflammatoire et donc le risque d'adhérences secondaires. Cela permettra à plus long terme de diminuer les risques de GEU, de stérilité tubaire et de douleurs pelviennes chroniques.

ITEM 147

Tumeurs du col et du corps utérins : tumeurs du col utérin

Objectifs : *Diagnostiquer une tumeur du col utérin et du corps utérin.*
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Facteurs de risque du cancer du col

- Premiers rapports sexuels précoces.
- Multiplicité des partenaires sexuels.
- Infections gynécologiques fréquentes, non ou mal traitées.
- Premier enfant jeune.
- Grande multipartite.
- Tabagisme.
- Immunodépression : VIH, chimiothérapie, greffes...
- Rapports sexuels non protégés (infection à HPV).

Dépistage du cancer du col

L'ÉDUCATION DES PATIENTES EST INDISPENSABLE :
- à débuter dès les premiers rapports sexuels : 2 frottis à 1 an d'intervalle
- s'ils sont normaux : FROTTIS TOUS LES 3 ANS

Technique du frottis cervicovaginal

- Conditions : absence de métrorragies.
- Réalisé avant le toucher vaginal.
- Position gynécologique : pose d'un spéculum avec un bon éclairage.
- Bonne visualisation du col avec repérage de la zone de jonction.
- Prélèvement avec :
  - soit une cytobrosse, que l'on entre dans l'orifice anatomique du col, de l'endocol et de l'exocol en même temps. La cytobrosse est déposée dans un fixateur avec l'étiquette de la patiente

- soit une spatule d'Ayre : on frotte l'endocol, puis l'exocol et éventuellement le cul-de-sac postérieur. On étale les prélèvements sur des lames de verre que l'on fixe avec une laque ou un fixant. Identification des lames

Comment faire le diagnostic de cancer du col

Le diagnostic est HISTOLOGIQUE, sur les biopsies réalisées au cours d'une COLPOSCOPIE :

- examen réalisé en consultation
- peu douloureux, pratiqué sans anesthésie
- il s'agit d'un examen du col et du vagin à l'aide d'une loupe binoculaire qui permet d'obtenir un grossissement jusqu'à 20 fois
- il permet de visualiser des zones pathologiques du col en s'aidant de colorants :
  - l'acide acétique, qui coagule les protéines et donc colore en blanc les zones de réplications cellulaires intenses : ligne de jonction, dysplasie, cancer...
  - le lugol, qui colore en brun les cellules malpighiennes, qui sont chargées en glycogène. Les zones immatures apparaissent donc plus claires
- les zones visualisées comme pathologiques sont biopsiées
- l'examen est reporté sur un schéma où sont également notées les biopsies
- la colposcopie ne permet pas de faire le diagnostic mais elle permet de guider les biopsies, qui poseront le diagnostic de cancer

Bilan d'extension

Bilan clinique :

- interrogatoire : recherche d'une dysurie, voire d'épisodes de rétention aiguë d'urine, d'hématurie, de constipation
- palpation abdominale : recherche d'une hépatomégalie et/ou d'une ascite
- spéculum : en général normal. On recherche :
  - un envahissement du vagin
  - une lésion macroscopique bourgeonnante ou érosive saignant au contact
- toucher vaginal au besoin sous anesthésie générale, couplé au toucher rectal : cherche un envahissement local
- exploration des aires ganglionnaires

Bilan paraclinique :

- cystoscopie et UIV : recherchent un envahissement vésical avec un retentissement sur le haut appareil urinaire
- rectoscopie : en cas de doute sur un envahissement rectal
- échographies hépatique et pelvienne : recherche de métastases hépatiques et ganglionnaires
- scanner abdominopelvien : recherche d'adénopathies
- radiographie du thorax : métastases pulmonaires
- IRM : évalue l'envahissement local et la taille de la lésion en vue de la prise en charge

Classification FIGO du cancer du col

- Stade 0 = cancer intraépithélial (survie à 5 ans : 100 %).
- Stade I = cancer strictement limité au col (survie à 5 ans : 80 %) :
  - Ia = cancer micro-invasif :
    - Ia1 = micro-invasion < 3 mm en profondeur
    - Ia2 = micro-invasion de 3 à < 5 mm en profondeur
  - Ib = cancer invasif
- Stade II = cancer ayant dépassé le col (survie à 5 ans : 50 %) :
  - IIa = tiers supérieur du vagin
  - IIb = infiltration des paramètres
- Stade III = cancer étendu à la paroi pelvienne ou au tiers inférieur du vagin (survie à 5 ans : 20-30 %) :
  - IIIa = tiers inférieur du vagin
  - IIIb = paroi pelvienne ou retentissement rénal
- Stade IV = cancer envahissant les organes de voisinage (survie à 5 ans < 5 %) :
  - IVa : vessie ou rectum
  - IVb : organes éloignés

Complications liées à la radiothérapie et la curiethérapie

Complications digestives :

- occlusion
- péritonite par perforation
- rectite radique
- sigmoïdite aiguë

- ▶ grêle radique avec constipation
- ▶ fistule rectovaginale

Complications urinaires :

- ▶ sténose urétérale
- ▶ cystite radique
- ▶ fistule vésicovaginale

Complications veinolymphatiques :

- ▶ œdème de stase veineuse
- ▶ lymphœdème
- ▶ thrombose veineuse

Non-réponse ou récidive locorégionale.



Le mot du conférencier

Dossier peu tombé à l'internat, ce qui est étonnant. Il peut tout à fait tomber avec des questions sur les frottis cervicovaginaux et leur prise en charge.

Pour rappel, voici la **classification de Bethesda** (à connaître !) :

- ASC : atypie des cellules pavimenteuses avec ASC-US, atypies mal définies, et ASC-H, atypies évocatrices d'une néoplasie intraépithéliale ;
- AGC : atypie des cellules glandulaires ;
- L. SIL : lésion intraépithéliale de bas grade ;
- H. SIL : lésion intraépithéliale de haut grade ;
- carcinome.

Devant un frottis ASC-H, AGC, H. SIL et carcinome : faire une COLPOSCOPIE AVEC BIOPSIES DIRIGÉES.

Devant un frottis ASC-US et L. SIL, on peut soit refaire un frottis à 3 mois avec un examen colposcopique en cas de persistance des anomalies, soit faire une colposcopie immédiatement, et/ou faire un test HPV.

En résumé, devant un frottis pathologique, personne ne vous donnera tort si vous faites une colposcopie. C'est un examen peu douloureux, peu cher et avec une bonne sensibilité et une bonne spécificité.

Devant un frottis ASC-US et L. SIL, il est recommandé de faire le TEST HPV, qui recherche un contact avec des HPV oncogènes.

Rappelez-vous que le diagnostic de cancer est TOUJOURS UN DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE.

Voilà ce que vous devez savoir sur la **prise en charge** de ce cancer :

- stade 0 : conisation puis surveillance. Ou selon l'âge et le désir de grossesse : colpo-hystérectomie élargie avec lymphadénectomie = Wertheim ;
- stade 1 :
  - profondeur de l'invasion < 3 mm : conisation ;
  - profondeur de l'invasion > 3 mm : curiethérapie locale et Wertheim ;
- stade 2 : radiothérapie externe + curiethérapie + chimiothérapie ± Wertheim en fonction de la réponse au traitement ;
- stades 3 et 4 : radiothérapie ± chimiothérapie ;

- surveillance :
  - UIV 10 jours post-opératoires à cause du grand risque de lésion des uretères dans les Wertheim ;
  - clinique tous les 3 mois pendant 1 an, puis tous les 6 mois pendant 1 an, puis tous les ans à vie, avec examen gynécologique, frottis sur la cicatrice vaginale ;
- survie > 80 % à 5 ans pour les stades.

ITEM 147

Tumeurs du col et du corps utérins : tumeurs du corps utérin

Objectifs : *Diagnostiquer une tumeur du col utérin et du corps utérin.*
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Facteurs de risque du cancer de l'endomètre

- Âge : incidence maximale vers 60 ans.
- Diabète.
- HTA.
- Antécédents de cancer du sein ou du côlon HNPCC.
- Antécédents familiaux de cancer de l'endomètre.
- On recherche un terrain d'hyperœstrogénie relative car il s'agit d'un cancer hormonodépendant :
  - traitement hormonal substitutif (THS) avec œstrogènes seuls
  - nulliparité, pauciparité, première grossesse tardive, ménopause tardive, ménarches précoces
  - signe d'insuffisance lutéale : anomalies du cycle avec période anovulatoire
  - obésité
- Prise de tamoxifène : utilisé dans le traitement du cancer du sein, il entraîne une hyperplasie de l'endomètre et semble favoriser dans de rares cas le cancer de l'endomètre.

Prise en charge diagnostique de métrorragies post-ménopausiques

Interrogatoire :

- recherche des facteurs de risque de cancer de l'endomètre : prise d'un THS
- caractère des métrorragies : hémorragies franches de sang rouge ou noirâtre, spontanées, d'abondance variable, irrégulières et répétées
- symptômes associés :
  - leucorrhée
  - hydrorrhée

- douleur
- altération de l'état général

Examen clinique :

- spéculum = recherche de :
  - métastase vaginale
  - polype sentinelle au niveau du col
- frottis cervicovaginal systématique
- toucher vaginal : recherche un envahissement local
- examen des seins car même terrain pour le cancer du sein

Examens paracliniques :

- ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE PAR VOIE ENDOVAGINALE :
  - signes non spécifiques :
    - épaississement de l'endomètre > 4 mm en post-ménopause (hors THS), mal limité, irrégulier, hétérogène
    - ± images kystiques ou plages hypoéchogènes
  - Doppler : hypervascularisation
- réalisation de BIOPSIES DE L'ENDOMÈTRE :
  - soit curetage biopsique : 20 % de faux négatifs
  - soit Pipelle de Cornier : sensibilité de 25 à 68 %
- HYSTÉROSCOPIE AVEC BIOPSIES DIRIGÉES

Comment poser le diagnostic de cancer de l'endomètre

Le DIAGNOSTIC EST HISTOLOGIQUE :

- soit curetage biopsique au bloc opératoire sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie, mais on retrouve 20 % de faux négatifs
- soit Pipelle de Cornier en consultation : sensibilité faible, de 25 à 68 %
- soit HYSTÉROSCOPIE AVEC BIOPSIES DIRIGÉES : permet de localiser le cancer et de faire des biopsies dirigées

Bilan d'extension

Bilan clinique :

- interrogatoire à la recherche d'une dysurie, voire d'épisodes de rétention aiguë d'urine, d'hématurie, de constipation
- palpation abdominale : recherche d'une hépatomégalie et/ou d'une ascite
- spéculum = en général normal, à la recherche :
  - de métastases vaginales
  - d'un polype sentinelle au niveau du col

- frottis cervicovaginaux systématiques : n'ont de valeur que positifs
- toucher vaginal au besoin sous AG, couplé au toucher rectal : cherche un envahissement local
- examen des seins : le cancer du sein a les mêmes facteurs de risque
- exploration des aires ganglionnaires

Bilan paraclinique :

- cystoscopie et UIV : recherche un envahissement vésical avec un retentissement sur le haut appareil urinaire
- rectoscopie : en cas de doute sur un envahissement rectal
- échographies hépatique et pelvienne : recherche de métastases hépatiques et ganglionnaires
- scanner abdominopelvien : recherche d'adénopathies
- radiographie du thorax : métastases pulmonaires
- IRM : MEILLEUR EXAMEN POUR ÉVALUER L'ENVAHISSEMENT DU MYOMÈTRE

Classification de FIGO

- Stade I = cancer limité au corps utérin (survie à 5 ans : 80 %) :
  - Ia : limité à l'endomètre
  - Ib : invasion de moins de 50 % du myomètre
  - Ic : invasion de plus de 50 % du myomètre
- Stade II = atteinte du col (survie à 5 ans : 60 %) :
  - IIa : atteinte superficielle épithéliale de l'endocol
  - IIb : atteinte du stroma cervical
- Stade III = extension hors de l'utérus dans le pelvis (survie à 5 ans : 30 %) :
  - IIIa : péritoine pelvien, annexes, cytologie péritonéale positive
  - IIIb : métastases vaginales
  - IIIc : métastases au niveau des ganglions pelviens et/ou lomboaortiques
- Stade IV = envahissement local ou métastases (survie à 5 ans : 10 %) :
  - IVa : envahissement vésical ou digestif
  - IVb : métastases à distance



Le mot du conférencier

Sujet souvent tombé à l'internat, avec toujours la même présentation : femme ménopausée avec des facteurs de risque sous THS, qui consulte pour des métrorragies. Les types anatomopathologiques ont été demandés ainsi que les stades de la classification FIGO, que vous devez donc connaître, en particulier les stades I et II (qui sont ceux qui sont tombés).

Vous devez être capable de donner par stade le traitement qui s'impose et le justifier. Voilà donc un petit schéma simple :

- stade I :
  - hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale associée à un curage ganglionnaire et des prélèvements péritonéaux ;
  - radiothérapie si envahissement du myomètre > 50 % ou envahissement ganglionnaire ;
- stade II :
  - curiethérapie préopératoire ;
  - colpohystérectomie élargie avec curage, dite intervention de Wertheim ;
  - radiothérapie en cas d'envahissement ganglionnaire ;
- stades III et IV : le plus souvent radiothérapie et hormonothérapie par antiœstrogènes.

La chirurgie n'est indiquée que pour du palliatif : en cas de syndrome occlusif par exemple.

Rappelez-vous que le diagnostic de cancer est TOUJOURS UN DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE, et que vous ne devez jamais faire de bilan d'extension ou de traitement (vecteur d'une grande morbidité) SANS cette preuve histologique.

ITEM 153

Tumeurs de l'ovaire

Objectif : Diagnostiquer une tumeur de l'ovaire.

Facteurs de risque

- Âge > 50 ans mais peut apparaître à n'importe quel âge.
- Ethnie caucasienne.
- Classe sociale élevée.
- Infertilité.
- Nulliparité.
- Première grossesse après 30 ans.
- Antécédents familiaux de cancer du sein, de l'endomètre ou du côlon.
- Antécédents familiaux de cancer de l'ovaire.
- Syndromes héréditaires :
  - syndrome familial de cancer de l'ovaire
  - syndrome sein-ovaire
  - syndrome de Lynch : il associe des cancers de l'ovaire, endométriaux, coliques et du sein
- Irradiation pelvienne.
- Amiante.

Prise en charge diagnostique d'un kyste ovarien suspect

Clinique :

- interrogatoire :
  - recherche de facteurs de risque de cancer de l'ovaire
  - recherche de signes en faveur d'un envahissement local : hématurie, dysurie, constipation
- examen clinique :
  - toucher vaginal : recherche une masse dure, pierreuse, fixe, latéro-utérine, recherche son caractère mobile par rapport à l'utérus
  - palpation abdominale : palpation de la masse, recherche d'un envahissement pariétal et/ou d'une ascite

Examens paracliniques :

- biologiques = MARQUEURS TUMORAUX :
  - CA 125
  - CA 19-9 aspécifique (tumeurs mucineuses)
  - alphafœtoprotéine et hCG (tumeurs germinales)
  - ACE aspécifique
- imagerie :
  - ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE PAR VOIE ENDOVAGINALE ET TRANSABDOMINALE : critères échographiques de malignité
  - scanner abdominopelvien : recherche de métastases hépatiques et/ou ganglionnaires
- EXPLORATION CHIRURGICALE PAR LAPAROTOMIE AVEC ANNEXECTOMIE ou au moins kystectomie en fonction de l'aspect macroscopique de la tumeur et des résultats du bilan

Critères de malignité à l'échographie

- Taille > 6 cm.
- Bilatérale.
- Paroi épaisse.
- Hétérogénéité.
- Cloisons épaisses intrakystiques.
- Végétations intra ou extrakystiques.
- Forte vascularisation au Doppler.
- Association à une ascite.

Bilan d'extension

Clinique :

- interrogatoire : recherche de signes en faveur d'un envahissement local (hématurie, dysurie, constipation)
- palpation abdominale : recherche une ascite, une atteinte pariétale ou/et une masse palpable
- toucher vaginal : recherche une masse dure, pierreuse, fixe, latéro-utérine. Recherche son caractère mobile par rapport à l'utérus
- spéculum : frottis cervicovaginal si besoin ± ponction d'ascite par ponction du cul-de-sac de Douglas
- recherche d'adénopathies sus-claviculaires

Paraclinique :

- ÉCHOGRAPHIE ABDOMINOPELVIENNE : recherche une ascite, des métastases hépatiques
- scanner abdominopelvien : recherche en plus des adénopathies et l'extension au pelvis
- radiographie du thorax : recherche des métastases pulmonaires
- DOSAGE DES MARQUEURS TUMORAUX :
  - CA 125 : proportionnel à la masse tumorale mais peu spécifique
  - CA 19-9 : aspécifique
  - alphafœtoprotéine et hCG si tumeur embryonnaire
  - ACE
- recherche d'une tumeur gastrique si signe d'appel : le cancer de l'estomac peut métastaser aux ovaires. C'est le syndrome de Krükenberg : fibroscopie avec biopsies
- EXPLORATION CHIRURGICALE par laparotomie voire par cœlioscopie indispensable

Classification FIGO du cancer de l'ovaire

- Stade I = tumeur limitée aux ovaires (survie à 5 ans : 60 %) :
  - Ia : un seul ovaire atteint, pas d'ascite ni de rupture capsulaire
  - Ib : 2 ovaires atteints, pas d'ascite ni de rupture capsulaire
  - Ic : 1 ou 2 ovaires atteints, ascite et/ou cytologie péritonéale positive et/ou rupture de la tumeur
- Stade II = extension pelvienne de la tumeur (survie à 5 ans : 40 %) :
  - IIa : 1 ou 2 ovaires atteints, atteinte de la trompe et/ou de l'utérus
  - IIb : 1 ou 2 ovaires atteints, extension au reste du pelvis
  - IIc : IIa ou IIb avec ascite et/ou cytologie péritonéale positive et/ou rupture de la tumeur
- Stade III = extension péritonéale extrapelvienne de la tumeur (atteinte du grêle et/ou atteinte ganglionnaire (survie à 5 ans : 10 %) :
  - IIIa : métastases péritonéales microscopiques, N–
  - IIIb : métastases péritonéales < 2 cm, N–
  - IIIc : métastases péritonéales > 2 cm et/ou atteinte ganglionnaire
- Stade IV = métastases (survie à 5 ans : 5 %)

Surveillance

- Dosage du CA 125 tous les 3 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans, puis tous les ans à vie.
- Examen clinique : poids, douleur, transit, frottis de la tranche vaginale.



Le mot du conférencier

Ce sujet n'est pas encore tombé. Si cela arrive, ce sera sous la forme de la prise en charge d'un kyste découvert fortuitement. En effet, le cancer de l'ovaire est asymptomatique jusqu'aux stades 3 ou 4 et, à ce moment, la prise en charge est plus limitée *(cf. infra)* et donc le dossier aussi. La particularité de cette prise en charge est que, devant une lésion ovarienne suspecte d'être un cancer de l'ovaire, on fait le bilan d'extension avant d'avoir la preuve histologique et on fait l'annexectomie également sans preuve de cancer. Souvent un examen extemporané confirme le cancer, et on complète la prise en charge chirurgicale en fonction de l'extension du cancer (le geste sera limité en cas de métastases à distance).

Il est conseillé de connaître le déroulement de cette intervention, et de ne pas oublier les prélèvements péritonéaux et la cytologie péritonéale.

Petits rappels en plus

On distingue 2 types de tumeurs malignes de l'ovaire :

- les tumeurs *borderlines*, qui ne possèdent que partiellement les critères de malignité ;
- les tumeurs épithéliales malignes, dont le type histologique le plus fréquent est le cystadénocarcinome séreux.

Principes du traitement

- Si l'on pense être devant une tumeur *borderline* chez une femme jeune ayant un désir de grossesse, on peut réaliser une annexectomie, avec omentectomie partielle, appendicectomie et curage ganglionnaire non excessif. Puis si l'examen anatomopathologique confirme le caractère malin de la tumeur, on complétera le geste chirurgical dans un deuxième temps.
- Si la tumeur n'envahit pas ou peu les organes de voisinage et que la patiente est opérable, on fera une annexectomie bilatérale avec hystérectomie, appendicectomie, omentectomie, prélèvements d'ascite et péritonéaux, curage ganglionnaire pelvien et lombo-aortique et résections des organes envahis s'il y en a. La chimiothérapie se fait selon la stadification post-opératoire.

- Si la tumeur a trop envahi la cavité abdominale ou s'il y a déjà des métastases, on débute par de la chimiothérapie puis on fera la chirurgie suivie de la suite de la chimiothérapie.
- En cas de stade très avancé avec un pronostic très défavorable, on ne fera que de la chirurgie limitée au confort, à visée palliative. Le traitement sera alors principalement la chimiothérapie.
- À savoir : il y a quasiment toujours une carcinose péritonéale, mais contrairement à tous les autres cancers, cela ne limite pas le geste chirurgical.
- Les 2 facteurs pronostiques les plus importants sont :
  - le grade histologique ;
  - le résidu tumoral après la chirurgie.

ITEM 159

Tumeurs du sein

Objectifs : *Diagnostiquer une tumeur du sein.*
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Facteurs de risque

- Cancer du sein chez la mère ou la sœur : RR = 2-3.
- Cancer du sein chez la mère et la sœur : RR = 15.
- Mutation BRCA1 ou BRCA2.
- Antécédents de cancer : sein, ovaire, endomètre, côlon, rectum.
- Puberté précoce.
- Ménopause tardive > 55 ans.
- Nulliparité ou pauciparité.
- Première grossesse tardive > 35 ans.
- Obésité.
- Niveau de vie élevé.
- Radiothérapie.

Dépistage du cancer du sein

Il se fait à différents niveaux :
- la patiente elle-même, par l'autopalpation mammaire une fois par mois
- le gynécologue, à chaque consultation, qui doit examiner les seins de la patiente et les aires ganglionnaires axillaires
- la mammographie bilatérale tous les 2 ans de 50 à 74 ans

Critères cliniques de malignité

- Nodule :
  - dur, pierreux
  - contours irréguliers
  - adhérentiel à la peau ou à la paroi thoracique
  - multifocal ou bilatéral
  - inflammation locale

Gynécologie-Obstétrique

- Adénopathie(s) axillaire(s).
- Altération de l'état général.

Prise en charge diagnostique d'un nodule du sein

Clinique :

- interrogatoire : recherche de facteurs de risque du cancer du sein
- examen mammaire bilatéral : étude des caractéristiques du nodule
- recherche d'adénopathies axillaires

Examens complémentaires en cas d'anomalies :

- mammographie bilatérale
- échographie mammaire
- cytoponction à l'aiguille sous guidage échographique

En cas de bilan négatif, mais avec clinique et imagerie en faveur d'une lésion maligne : tumorectomie avec examen extemporané de la pièce opératoire.

> N.B : On ne fait pas de mammographie chez la femme de moins de 25 ans, enceinte ou allaitante, car le sein est trop dense. On fait alors une échographie mammaire.

Critères radiologiques de malignité à la mammographie

- Opacité irrégulière :
  - avec des prolongements spiculés
  - aspect stellaire
  - rétractile
  - halo clair œdémateux entourant la lésion
- Microcalcifications : nombreuses, groupées en foyers, punctiformes et irrégulières.
- Présence de lésions multifocales et/ou bilatérales.

Critères de malignité à l'échographie mammaire

- Irrégularité des contours.
- Flou des contours avec halo échogène.
- Structure interne hétérogène.
- Contraste élevé.

Comment poser le diagnostic de certitude ?

Il s'agit d'un DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE fait sur :
- les cellules obtenues par cytoponction : n'a de valeur que positif
- la biopsie mammaire : n'a de valeur que positif
- la pièce opératoire au cours d'une tumorectomie : examen extemporané

Bilan d'extension

Clinique :
- localement : envahissement de la paroi thoracique ou de la peau
- aires ganglionnaires

Paraclinique :
- scintigraphie osseuse
- radiographie du thorax
- bilan hépatique
- échographie hépatique
- dosage CA 15-3
- ± scanner thoracoabdominal

Classification TNM

Taille de la tumeur :
- T0 = tumeur non palpable
- Tis = carcinome *in situ* :
  - Tis (DCIS) = carcinome canalaire *in situ*
  - Tis (LCIS) = carcinome lobulaire *in situ*
  - Tis (Paget) = maladie de Paget du mamelon sans tumeur décelable
- T1 = tumeur inférieure ou égale à 2 cm :
  - T1mic = < 0,1 cm (micro-invasion)
  - T1a = 0,1 à 0,5 cm
  - T1b = 0,5 à 1 cm
  - T1c = 1 à 2 cm
- T2 = tumeur inférieure ou égale à 5 cm
- T3 = tumeur supérieure à 5 cm
- T4 = extension à la paroi thoracique et/ou à la peau, tumeur inflammatoire :
  - T4a : extension à la paroi thoracique sans inclusion du muscle grand pectoral

- T4b : œdème y compris peau d'orange, ou ulcération de la peau, ou nodule de perméation cutané localisé sur le même sein
- T4c : association T4a et T4b
- T4d : carcinome inflammatoire

Adénopathies :

- N0 = pas de ganglions palpables
- N1 = adénopathies axillaires homolatérales mobiles
- N2 = adénopathies axillaires homolatérales fixées :
  - N2a : adénopathies métastatiques axillaires homolatérales fixées entre elles ou à une autre structure
  - N2b : adénopathies métastatiques mammaires internes homolatérales cliniquement apparentes sans adénopathies axillaires cliniques
- N3 = adénopathies :
  - N3a = adénopathies métastatiques infraclaviculaires homolatérales avec adénopathies métastatiques axillaires
  - N3b = adénopathies métastatiques mammaires internes homolatérales avec adénopathies métastatiques axillaires
  - N3c = adénopathies métastatiques supraclaviculaires homolatérales

Métastases :

- M0 = pas de métastases
- M1 = métastases (adénopathies sus-claviculaires incluses)

Classification PEV

- PEV 0 : absence de signes inflammatoires.
- PEV 1 : doublement du volume tumoral en moins de 6 mois.
- PEV 2 : signes inflammatoires en regard de la tumeur et affectant moins du tiers de la peau du sein.
- PEV 3 : signes inflammatoires étendus à tout le sein (mastite carcinomateuse).

Critères pronostiques

- Degré de différenciation = grade histopronostique de Scarff-Bloom-Richardson (il existe 3 grades : plus il est élevé, plus le risque de récidive est augmenté) :
  - degré de différenciation cellulaire
  - pléiomorphisme des noyaux
  - activité mitotique

- Évolutivité de la tumeur :
  - PEV 0 : pas de poussée évolutive
  - PEV 1 : doublement de la tumeur en moins de 6 mois
  - PEV 2 : signes inflammatoires en regard de la tumeur (aspect en peau d'orange localisé)
  - PEV 3 : aspect inflammatoire de tout le sein
- Classification TNM du cancer du sein : envahissement local et ganglionnaire. Métastases à distance.
- Type histologique de la tumeur.
- Degré de ploïdie en cytométrie de flux.
- Taux de cathepsine D.
- Présence de récepteurs hormonaux sur la pièce opératoire.
- Lésions bilatérales.
- Lésions multifocales.

Surveillance

- Clinique : palpation mammaire bilatérale, examen de la cicatrice, adénopathies, poids, recherche de signes en faveur d'une localisation secondaire, tous les 3 mois pendant un an, puis tous les 4 mois pendant 4 ans, puis tous les 6 mois.
- Mammographie : tous les 6 mois pendant 3 ans puis tous les ans.



Le mot du conférencier

Encore un sujet fréquemment tombé à l'internat. Il est souvent accompagné d'une iconographie, dont on vous demandera la classification ACR. La lecture de la MAMMOGRAPHIE est difficile, et il n'y a qu'un moyen de l'apprendre : c'est d'en voir beaucoup ! Allez en radiologie ou au staff d'oncologie ou en consultation de gynécologie. Ce ne sera pas une perte de temps et en plus cela pourra toujours servir pour votre internat, car n'oubliez pas que c'est le premier cancer chez la femme.

Classification ACR du sein

ACR	Conclusion	Exemples
1	Mammographie normale	Rien à signaler
2	Anomalies certainement bénignes	Adénofibrome calcifié Kyste calcifié Lésion graisseuse Macrocalcifications Microcalcifications de type 1 Ganglion intramammaire Prothèses
3	Anomalies probablement bénignes : contrôle à court terme suggéré	Opacité ronde Asymétrie de densité à limites concaves contenant des structures graisseuses Microcalcifications de type 2 Microcalcifications diffuses
4	Anomalies suspectes, probablement malignes : biopsies à envisager	Asymétrie de densité Distorsion architecturale Microcalcifications de type 3
5	Aspect certainement malin	Opacité irrégulière, stellaire à centre dense, microcalcifications polymorphes (3 à 5) ou de type 5

Là encore, on vous demande de connaître la CLASSIFICATION TNM. Faites des schémas correspondant à chaque stade. La visualisation de l'envahissement vous aidera à la retenir.

Prise en charge des cancers du sein

- Selon la taille de la tumeur et si la patiente est opérable :
  - < 3 cm (T1 et une partie des T2) : tumorectomie avec examen extemporané ;
  - > 3 cm (T2 et une partie des T3) : mastectomie ou chimiothérapie première. Si la lésion régresse à moins de 3 cm, on peut proposer une tumorectomie.
- Curage ganglionnaire axillaire systématique dès qu'on a une histologie qui confirme le caractère malin de la masse mammaire.

- Ganglion sentinelle :
  - il permet d'éviter la réalisation d'un curage axillaire ;
  - il consiste à injecter en péritumoral un colorant (bleu patenté) et/ou un produit isotopique (sulfure de rhénium marqué au Tc 99m) en péritumoral de façon à ce que ces produits soit spontanément drainés vers le premier ganglion du creux axillaire ou de la chaine mammaire interne, permettant la localisation de ce ganglion grâce à sa prise de couleur et/ou à la détection de l'isotope à l'aide d'une sonde ;
  - les quadrants externes se drainent au niveau de creux axillaire ;
  - les quadrants internes se drainent soit au niveau du creux axillaire (75 à 80 % des cas), soit au niveau de la chaîne mammaire interne (20 à 25 % des cas) ;
  - si le ganglion sentinelle est N0 : pas d'indication à réaliser un curage ;
  - si le ganglion sentinelle est N1 : indication à la réalisation d'un curage axillaire dans un second temps ;
  - on ne fait pas d'examen extemporané sur un ganglion sentinelle.
- Radiothérapie locale systématique sur le lit de la tumorectomie et le creux axillaire, si plus de 6 ganglions envahis.
- Chimiothérapie en cas de ganglions envahis.
- Patiente non opérable : stades T3, T4, PEV 2 et 3 à traiter par chimiothérapie puis radiothérapie.
- Traitements adjuvants : hormothérapie si récepteurs hormonaux positifs sur la pièce d'anatomopathologie.
  - Tamoxifène : c'est un antiœstrogène prescrit à toutes les femmes ayant un cancer du sein avec des récepteurs hormonaux positifs, pour une durée de 5 ans. Il permet de réduire le nombre de rechutes et la mortalité. Son principal effet secondaire est d'augmenter le risque de cancer de l'endomètre. Il faudra donc surveiller ces patientes et explorer tout épisode de métrorragies.
  - Inhibiteurs de l'aromatase (Arimidex®) : ils sont prescrits dans les cancers métastatiques pour une durée de 5 ans. Ils diminuent le risque de rechute et l'incidence d'un cancer controlatéral. Ils bloquent les aromatases contenues dans la graisse qui transforme les androgènes en œstrogènes. À utiliser chez la femme ménopausée.

Nodules bénins du sein

Ils ne sont jamais tombés à l'internat. De principe, connaissez l'adénofibrome, fréquent chez la femme jeune, et la maladie fibrokystique du sein.

Fibroadénome

- La plus fréquente des tumeurs bénignes.
- Chez la jeune fille et la femme de moins de 40 ans.
- Tumeur bien limitée et ferme, mobile, pouvant varier au cours du cycle.
- Souvent multiples et bilatéraux.
- Mammographie : opacités homogènes.
- Échographie : masse solide, homogène, bien limitée, dont le grand axe est parallèle à la peau.
- Cytoponction : confirme l'absence de malignité.
- Traitement :
  - soit surveillance seule si la femme a moins de 35 ans ;
  - soit traitement médical par progestatif ;
  - soit chirurgical.

Maladie fibrokystique du sein

- 7 à 8 fois plus fréquente que le cancer du sein mais doit être un diagnostic d'élimination.
- Survenue après 35 ans et disparaît à la ménopause.
- Soit nodules fermes arrondis, soit placard dense grumeleux aux limites floues.
- Mammographie : nodules avec de grandes calcifications ou des zones denses inhomogènes parsemées de nodules denses arrondis.
- Échographie : formations kystiques.
- Cytoponction : ramène du liquide et confirme l'absence de malignité.
- Surveillance car chirurgie vite mutilante à cause des récidives.
- N'évolue pas vers le cancer mais les deux peuvent coexister.

ITEM 29

Stérilité du couple

Objectif : Argumenter la démarche médicale et les examens complémentaires de première intention nécessaires au diagnostic et à la recherche étiologique.

Différence infertilité/infécondité

Infertilité : incapacité d'un couple à concevoir un enfant vivant (par exemple : fausses couches à répétition).

Infécondité : incapacité d'un couple à concevoir une grossesse après 18 mois de rapports potentiellement fécondants en l'absence de toute contraception.

Bilan d'infertilité du couple de première intention

Chez la femme :

- interrogatoire :
  - âge
  - profession
  - antécédents gynécologiques : salpingite, endométriose, curetage, conisation, exposition *in utero* au distilbène…
  - durée des cycles, régularité, durée et abondance des règles. Signes associés : tension mammaire, dysménorrhées, polyménorrhée…
  - aménorrhée
  - galactorrhée
  - acné
- examen clinique :
  - POIDS : CALCUL DU BMI (un poids trop faible < 45 kg ou un poids > 85 kg sont responsables de troubles de l'ovulation)
  - examen des SEINS (recherche une galactorrhée dans le cadre d'une hyperprolactinémie)
  - examen de la THYROÏDE
  - EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE avec des frottis si les anciens datent de plus de 2 ans (recherche de malformations congénitales)
  - examen clinique à la recherche de signes orientant vers une pathologie endocrinienne

- bilan paraclinique :
  - COURBE DE TEMPÉRATURE
  - TEST POST-COÏTAL ou TEST DE HUNHER
  - TEST DE PÉNÉTRATION CROISÉE
  - dosages hormonaux :
    - DOSAGE DE LA FSH ET DE LA LH
    - DOSAGE DES TAUX D'ŒSTROGÈNES, DE PROGESTÉRONE, D'INHIBINE B, D'ANDROGÈNES, D'AMH
    - DOSAGE DE LA PROLACTINE
    - BILAN THYROÏDIEN : TSH, T3 libre et T4 libre
  - ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE et HYSTÉROGRAPHIE

Chez l'homme :

- interrogatoire :
  - profession
  - antécédents particuliers : traumatisme testiculaire, torsion de testicule, cancer du testicule, infection génitale
- examen clinique :
  - poids : calcul du BMI
  - EXAMEN DES TESTICULES
- bilan paraclinique : SPERMOGRAMME avec SPERMOCULTURE ET SPERMOCYTOGRAMME

Chez le couple :

- sérologie VIH 1 et 2
- hépatites B et C
- TPHA-VDRL

Analyse des résultats d'un spermogramme

- Viscosité : normale = liquide en 30 min à 37 °C.
- pH : normal = 7,2 à 7,8.
- Volume : normal = 2 à 6 mL :
  - si < 2 mL = HYPOSPERMIE
  - si > 6 mL = HYPERSPERMIE
- Concentration : normale = 20 à 200 millions/mL :
  - si < 20 millions/mL = OLIGOSPERMIE
  - si > 200 millions/mL = POLYZOOSPERMIE
  - si 0 spermatozoïde = AZOOSPERMIE
- Mobilité : normale > 50 % de mobiles progressifs : si < 50 % = ASTHÉNOZOOSPERMIE.
- Formes normales ≥ 30 % : si < 30 % = TÉRATOSPERMIE.
- Taux de leucocytes : normal < 1 million/mL, sinon c'est un signe d'infection.



Le mot du conférencier

Question de cours pur, sans surprise donc facile.

Une erreur classique : oublier l'examen du conjoint.

Cette question se mélange bien avec des questions d'endocrinologie comme l'hyperprolactinémie ou les dysthyroïdies.

ITEM 30

Assistance médicale à la procréation (AMP)

Objectif : Argumenter la démarche médicale et expliquer les principes de l'assistance médicale à la procréation.

Conditions légales pour pouvoir bénéficier de l'assistance médicale à la procréation en France

- Couples hétérosexuels.
- En âge de procréer.
- Vivant ensemble depuis plus de 2 ans.

Problèmes éthiques posés par l'AMP

- Devenir et reconnaissance du statut de l'embryon.
- Clonage.
- Eugénisme et diagnostic préimplantatoire.
- Accès à l'AMP :
  - des femmes ménopausées
  - des couples homosexuels
  - des femmes seules
  - des couples dont l'un ou les deux parents sont atteints d'une maladie grave

Explication de la fécondation *in vitro* (FIV) aux patients

- Technique de procréation médicalement assistée consistant à stimuler les ovaires de la patiente afin de recruter plusieurs follicules : stimulation plurifolliculaire. On surveille le bon déroulement de cette stimulation par des échographies mesurant la taille des follicules et l'épaisseur de l'endomètre. On dose également l'œstradiolémie.
- Ces follicules seront alors ponctionnés au bloc opératoire sous contrôle échographique.

- La fécondation se fait par mise en contact des follicules et des spermatozoïdes dans un milieu de culture. Une fois celle-ci réalisée, on surveille les divisions cellulaires afin de sélectionner le ou les œufs ayant les meilleures caractéristiques morphologiques afin de le(s) transférer *in utero* à l'aide d'un cathéter.
- Pendant la phase folliculaire, on prescrit un progestatif pendant 15 jours.
- Le taux de réussite est de 20 à 30 % par cycle.

Explications de l'injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes (ICISI) aux patients

- Technique d'AMP, indiquée pour une étiologie masculine, en particulier l'azoospermie. Elle consiste à stimuler les ovaires de la patiente afin de recruter plusieurs follicules : stimulation plurifolliculaire. On surveille le bon déroulement de cette stimulation par des échographies mesurant la taille des follicules et l'épaisseur de l'endomètre. On dose également l'œstradiolémie.
- Ces follicules seront alors ponctionnés au bloc opératoire sous contrôle échographique.
- La fécondation se fait par injection de la tête du spermatozoïde dans le cytoplasme de l'ovule sous microscope.
- Une fois la fécondation réalisée, on surveille les divisions cellulaires afin de sélectionner le ou les œufs ayant les meilleures caractéristiques morphologiques afin de les transférer *in utero* à l'aide d'un cathéter.
- Pendant la phase folliculaire, on prescrit un progestatif pendant 15 jours.



Le mot du conférencier

Question difficile à poser aux ECN car il est difficile de faire simple dans le domaine de l'AMP. On tombe très vite dans l'hyperspécialisation, avec tous les protocoles d'AMP détaillés dans vos ouvrages...

ITEM 55

Ménopause et andropause

Objectifs : Diagnostiquer la ménopause et ses conséquences pathologiques.
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi d'une femme ménopausée.
Diagnostiquer une andropause pathologique.

Diagnostic de la ménopause

Il s'agit d'un DIAGNOSTIC CLINIQUE, devant :

- le terrain : âge entre 45 et 55 ans
- l'anamnèse :
  - aménorrhée depuis plus de 12 mois
  - précédée par des anomalies du cycle, qui devient irrégulier (préménopause)
- la clinique :
  - syndrome climatérique :
    - bouffées de chaleur
    - modifications cutanées : amincissement et fragilisation de la peau, diminution des glandes sudoripares, diminution de la pilosité pubienne et axillaire, perte de cheveux
  - troubles gynécologiques :
    - atrophie des petites lèvres
    - vaginite atrophique, dyspareunie
    - diminution du volume de l'utérus
    - atrophie de l'endomètre ± métrorragies peu abondantes
    - involution adipeuse du tissu mammaire

AUCUN EXAMEN N'EST NÉCESSAIRE DEVANT UN TABLEAU TYPIQUE.

Principales complications de la ménopause

- Cardiovasculaires :
  - prise de poids
  - élévation de la TA
  - hypercholestérolémie et hypertriglycéridémie
- Cancers de l'endomètre et du sein

- Ostéoporose de type 1 :
  - fractures du poignet, du col du fémur
  - tassements vertébraux

Suivi d'une femme ménopausée

- Palpation mammaire annuelle.
- Frottis cervicovaginal tous les 2 ans.
- Mammographie tous les 2 ans à partir de 48-50 ans.
- Bilan sanguin cardiovasculaire :
  - glycémie à jeun et post-prandiale
  - bilan lipidique complet
- Ostéodensitométrie (non systématique).

Informations sur le traitement hormonal substitutif (THS)

- L'information doit être claire et loyale.
- C'est un traitement hormonal associant des œstrogènes et des progestatifs.
- Les bénéfices du traitement sont :
  - diminution du syndrome climatérique
  - diminution du risque d'ostéoporose et donc de fractures et des tassements vertébraux
  - amélioration du profil lipidique
- Les risques sont :
  - augmentation du risque d'infarctus du myocarde
  - augmentation du risque d'accidents vasculaires cérébraux
  - augmentation du risque thromboembolique
  - augmentation du risque de cancer du sein
- Les indications sont donc un risque élevé d'ostéoporose ou une ostéoporose diagnostiquée ou un syndrome climatérique très invalidant.

Contre-indications du THS

- Absolues :
  - cancer de l'endomètre
  - cancer du sein
  - antécédents thromboemboliques
  - antécédents cardiovasculaires : angor, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral (AVC)

- Relatives :
  - mastopathies sévères
  - obésité
  - diabète
  - HTA
  - endométriose

Indications de l'ostéodensitométrie chez une femme ménopausée

- Présence de facteurs de risque majeurs (ménopause précoce, aménorrhée secondaire prolongée et antécédents de fracture du col du fémur chez la mère).
- Preuve avérée radiologique d'une ostéopénie et/ou d'une déformation vertébrale.
- Antécédent de fracture par fragilisation osseuse.
- Diminution de la taille.
- Surveillance d'un traitement (ex. : corticoïdes...).



Le mot du conférencier

Dossier déjà tombé aux ECN, où l'on demandait d'en faire le diagnostic et de discuter du traitement hormonal substitutif (THS). Question surprenante au vu du débat qui secoue la gynécologie depuis qu'une étude américaine a montré une très nette augmentation des complications thromboemboliques, cardiovasculaires et des cancers du sein sous THS. Toutefois, les molécules utilisées aux États-Unis sont différentes de celles utilisées en France, aussi les conclusions sont difficiles à appliquer en France.

La HAS (ex-ANAES) a sorti en juillet 2006 une publication modifiant profondément la prise en charge de la ménopause et de l'ostéoporose. Je vous invite fortement à charger cette publication sur le site de la HAS qui détaille les nouvelles indications de l'ostéodensitométrie (qui est maintenant remboursée) et les indications des différents traitements de l'ostéoporose.

Les nouvelles indications du THS sont :

- syndrome climatérique très invalidant après échec des traitements symptomatiques non hormonaux ;
- patientes à risque élevé de fractures dans le cadre d'une ostéoporose en cas d'intolérance ou de contre-indications des traitements spécifiques de l'ostéoporose.

Si vous devez le prescrire, insistez beaucoup sur la surveillance et les mesures associées : apports vitamino-calciques, sport, poids, arrêt du tabac, préventions des chutes à domicile... Vérifiez bien qu'il n'y a pas de contre-indications dans l'énoncé.

Avant de prescrire un THS, il faut faire une échographie pelvienne pour mesurer l'endomètre. Un endomètre épaissi doit être exploré avec des biopsies guidées sous hystéroscopie avant de donner le THS : il faut éliminer une hyperplasie atypique et un cancer de l'endomètre.

Exemple de THS

- Œstrogènes en application transdermique : Œstrogel® (à ne pas appliquer sur les seins), une dose par jour.
- Macroprogestatif : Lutéran®, 1 cp par jour de J15 à J25.

ITEM 27

Contraception

Objectifs : Prescrire et expliquer une contraception.
Discuter les diverses possibilités de prise en charge d'une grossesse non désirée.
Discuter les indications de la stérilisation masculine et féminine.

Comment évaluer l'efficacité d'un moyen de contraception

On utilise l'indice de Pearl (IP) = [nombre de grossesses x 12 x 100/nombre de mois d'exposition, qui donne un résultat en % années-femmes (AF) :

- le 0 est la contraception parfaite sans aucune grossesse sous ce mode de contraception
- IP pilules œstroprogestatives : 0,15 à 1 % AF
- IP pilules microprogestatives : 0,5 à 1,6 % AF
- DIU : 0,5 à 2 % AF
- préservatifs : 0,5 à 8 % AF

Mode d'action des contraceptifs

Pilule :

- blocage de l'ovulation (œstrogènes ++)
- glaire impropre à la montée des spermatozoïdes (progestatifs ++)
- désynchronisation de la muqueuse utérine : impropre à la nidation (progestatifs ++)
- diminution de la mobilité ciliaire (progestatifs ++)

Stérilet :

- action inflammatoire sur l'endomètre : pas de nidation
- effet antispermatozoïde lors de la montée

Bilan avant de prescrire une contraception orale

Interrogatoire :

- type de contraception désiré
- contraception antérieure et tolérance à celle-ci

- antécédents personnels et familiaux à la recherche de contre-indications : pathologies thromboemboliques, accidents vasculaires, cancer du sein...
- tabagisme : nombre de paquets-année

Examen clinique :
- examen bilatéral et symétrique des seins
- poids
- prise de la tension artérielle

Bilan paraclinique :
- frottis cervicovaginal si le dernier date de plus de 2 ans (un frottis cervicovaginal n'est pas une contre-indication à la contraception, mais c'est l'occasion de mener le dépistage)
- bilan lipidique complet : cholestérol total, triglycérides
- glycémie à jeun

> N.B : Chez une femme jeune sans antécédent particulier ou facteurs de risque : la réponse est AUCUN. Ce bilan sera réalisé après 3 mois et 1 an de prise de la contraception.

Comment prescrire une pilule œstroprogestative

Le plus souvent :
- 1 cp par jour à heures fixes pendant 21 jours
- puis arrêt pendant 7 jours (apparition des règles 3 à 4 jours après)
- si oubli < 12 heures, prendre le comprimé oublié et continuer la plaquette
- si oubli > 12 heures, ne pas prendre le comprimé oublié et se considérer comme non protégée jusqu'à la fin du cycle (préservatifs)

> N.B : Il existe quelques variantes avec 7 comprimés placebo sur 28 jours.

Surveillance d'une femme sous contraception orale

La patiente est revue 3 mois après le début de la contraception puis tous les ans pour évaluer la tolérance au traitement, avec :
- examen clinique :
  - examen bilatéral et symétrique des seins
  - poids
  - prise de la tension artérielle

- bilan : glycémie à jeun, cholestérol total et triglycérides
- frottis cervicovaginal tous les 2 ans

Contraception d'urgence

En cas de rapport potentiellement fécondant sans moyen de contraception efficace, prise de progestatif (Norlevo®), au plus tôt dans les 72 heures après le rapport :

- médicament en vente libre en pharmacie
- pas de contre-indication
- informer la patiente qu'il y aura probablement des métrorragies mais qui ne seront pas ses règles
- dépistage des infections sexuellement transmissibles proposé



Le mot du conférencier

Rappels de base sur les pilules

- Œstroprogestatives :
  - normodosées (50 gamma d'éthinyl-œstradiol) : Stédiril® ;
  - minidosées (entre 15 et 40 gamma d'éthinyl-œstradiol) : progestatif variable en fonction des générations, dose variable selon la période du cycle (biphasique, triphasique) : Cycléane®, Minulet®, Minèse®.
- Microprogestatives (que des progestatifs) : Microval®, Cérazette®.
- Les macroprogestatifs (Lutényl®, Lutéran®, Surgestone®) sont contraceptifs s'ils sont prescrits de J5 à J25 mais ils n'ont pas l'AMM dans cette indication.
- Diane 35® a un effet antiandrogénique qui lui permet de lutter contre l'acné (AMM) ; elle est aussi contraceptive mais n'a pas l'AMM dans cette indication.
- Tabagisme + âge > 35 ans : pas de contraception œstroprogestative.

Les pilules sont aujourd'hui très bien adaptées aux patientes, avec une large gamme. Le problème reste la contrainte de la prise quotidienne du comprimé, qui fait que 1/3 des IVG ont lieu alors que la patiente avait une contraception (oubliée ou mal prise). C'est pourquoi il existe aujourd'hui des contraceptifs avec une meilleure observance :

- Implanon® :
  - implant sous-cutané délivrant de la progestérone en continu pendant 3 ans ;
  - problèmes : profil de saignement imprévisible (aménorrhée, règles abondantes...) ;
  - l'Implanon® est une contraception arrivée en France depuis quelques années, qui consiste en un implant que l'on place sous la peau au niveau du bras. C'est l'équivalent d'une pilule microprogestative avec ses effets indésirables et ses contre-indications. L'indication reine de cet implant est la femme qui oublie tout le temps sa pilule et à qui vous ne voulez pas poser de stérilet. L'autre indication est le désir de la patiente de se libérer de la contrainte d'une prise quotidienne de sa pilule ;
- Evra® : patch cutané, à changer toutes les semaines pendant 3 semaines, avec 1 semaine sans (règles) et reprise 7 jours après l'arrêt ;
- Nuvaring® : anneau vaginal délivrant des œstrogènes et de la progestérone pendant 3 semaines, une semaine sans (règles) et reprise 7 jours après l'arrêt :
  - mêmes contre-indications que la pilule œstroprogestative ;
  - bien toléré car doses faibles (passage vaginal = pas de premier passage hépatique).

On ne vous demandera sans doute pas de choisir entre une pilule triphasique et une biphasique, mais plutôt de choisir une classe de pilules, c'est-à-dire entre une microprogestative et une œstroprogestative, par exemple.

Cette question n'est jamais tombée sous la forme d'un dossier complet à l'internat, mais il y a souvent eu des questions sur le choix de la contraception dans des dossiers de médecine (lupus). Avec la nouvelle orientation de plus en plus transversale des ECN, il est très probable que vous aurez au moins une fois par ECN à choisir une contraception ; c'est donc une question qu'il est important de bien connaître !

Choix d'une contraception en fonction des situations rencontrées

Chez une femme jeune sans antécédents particuliers : débutez avec une pilule œstroprogestative combinée minidosée (Cycléane 20®).

CARDIOLOGIE
Antécédent d'infarctus du myocarde : contre-indication aux œstroprogestatifs = microprogestatifs ou DIU
Antécédent d'embolie pulmonaire : contre-indication aux œstroprogestatifs = microprogestatifs ou DIU
Angor d'effort : contre-indication aux œstroprogestatifs = microprogestatifs ou DIU
AC/FA : contre-indication aux œstroprogestatifs = microprogestatifs
Pathologie valvulaire (insuffisance mitrale, insuffisance aortique, rétrécissement mitral, rétrécissement aortique) : contre-indication au DIU = œstroprogestatifs ou micro- ou macroprogestatifs
Antécédent d'AVC : contre-indication aux œstroprogestatifs = microprogestatifs ou DIU
Facteurs de risque cardiovasculaires (hypercholestérolémie, obésité) : contre-indication aux œstroprogestatifs = microprogestatifs ou DIU
Hypertension artérielle : contre-indication aux œstroprogestatifs = microprogestatifs ou DIU
Traitement anticoagulant : contre-indication aux œstroprogestatifs et au DIU (à cause de la pathologie sous-jacente) = microprogestatifs
ENDOCRINOLOGIE
Diabète : contre-indication aux œstroprogestatifs = microprogestatifs ou DIU
Tumeur hypophysaire : contre-indication aux œstroprogestatifs = microprogestatifs ou DIU

GYNÉCOLOGIE
Fibromes utérins : contre-indication relative aux œstroprogestatifs = macroprogestatifs (c'est le traitement : diminution des métrorragies, mais pas d'AMM pour la contraception)
Antécédents de GEU : contre-indication aux microprogestatifs et au DIU = œstroprogestatifs
Antécédents de cancer du sein personnel ou familial : contre-indication aux œstroprogestatifs = microprogestatifs ou DIU
Antécédent familial da cancer de l'ovaire : œstroprogestatifs ou microprogestatifs ou DIU
Antécédents de cancer du col ou de l'endomètre : contre-indication aux œstroprogestatifs = microprogestatifs
Antécédents de salpingite : contre-indication au DIU : œstro-progestatifs ou microprogestatifs
HÉMATOLOGIE :
Trouble de la coagulation hémorragique: contre-indication au DIU et éviter macroprogestatifs = microprogestatifs ou œstro-progestatifs
Trouble de la coagulation thrombogène : contre-indication aux œstroprogestatifs = microprogestatifs
HÉPATOLOGIE
Insuffisance hépatique : contre-indication aux œstroprogestatifs, aux micro- et macroprogestatifs et au DIU (par chute du facteur V) = contraception mécanique
NEUROLOGIE
Épilepsie : contre-indication relative aux œstroprogestatifs = microprogestatifs
Antécédent d'AVC : contre-indication aux œstroprogestatifs = microprogestatifs ou DIU
Migraines : contre-indication relative aux œstroprogestatifs = microprogestatifs ou DIU

RHUMATOLOGIE	
Lupus : contre-indication aux œstroprogestatifs = microprogestatifs ou DIU	
Connectivites : contre-indication aux œstroprogestatifs = microprogestatifs ou DIU	
DIVERS	
Tabagisme important : contre-indication aux œstroprogestatifs = microprogestatifs ou DIU	
Âge > 40 ans : contre-indication relative aux œstroprogestatifs = macroprogestatifs ou stérilisation tubaire définitive	
Oubli de pilules à répétition : contre-indication aux microprogestatifs = DIU ou Implanon®	
IST (salpingites) à répétition, partenaires sexuels multiples : contre-indication au DIU = Implanon®, préservatifs	
CI : contre-indication ; OP : œstroprogestatifs.	

Stérilet

Il en existe 2 types :

- cuivre : peut augmenter l'abondance des règles ;
- progestérone (effet atrophiant de l'endomètre : diminue l'abondance des règles).

Ligature tubaire

- Autorisée par la loi.
- Délai de réflexion : 4 mois.
- Méthode :
  - cœlioscopie (clip, section...) ;
  - hystéroscopie (implant dans les trompes : Essure®).

ITEM 28

Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Objectifs : *Préciser les modalités réglementaires.*
Argumenter les principes des techniques proposées.
Préciser les complications et les répercussions de l'interruption volontaire de grossesse.

Première consultation médicale pour une IVG

Elle peut être faite chez n'importe quel médecin.

Objectifs :

- confirmer qu'il y a bien une grossesse
- éliminer une grossesse extra-utérine
- vérifier son évolutivité
- vérifier que le terme est bien inférieur à 14 semaines d'aménorrhée (SA)

Remise d'informations :

- explication des différentes méthodes d'IVG et de leurs risques
- information sur les différentes aides possibles si la femme décide de poursuivre sa grossesse
- information sur la contraception
- remise à la patiente :
  - des documents de la DDASS récapitulant toutes ces informations
  - des coordonnées d'un médecin pratiquant des IVG si le médecin consulté ne les fait pas
  - des coordonnées d'une assistante sociale
  - d'un certificat de première consultation mentionnant la date de la consultation et que la patiente demande une IVG
- proposition d'une consultation avec une assistante sociale (non obligatoire sauf mineure)
- proposition d'une consultation avec un psychologue

Le délai de réflexion est de 7 jours.

Deuxième consultation pour une IVG

- Faite par le médecin qui fera l'IVG ou un médecin du centre réalisant les IVG.
- La patiente remet une DEMANDE D'IVG ÉCRITE DE SA MAIN.
- Le médecin, après avoir vérifié que la patiente n'a pas changé d'avis, choisit avec la patiente la méthode qui lui semble la plus appropriée, et en explique le déroulement, les risques et les suites.
- Prescription d'une contraception si besoin.
- Prise du rendez-vous de contrôle post-IVG 10 jours plus tard.

Explications sur la méthode médicamenteuse

Les indications sont une grossesse de moins de 8 SA chez une patiente comprenant bien les différentes prescriptions et recommandations.
Elle consiste en une prise de Mifégyne® (RU486) devant le médecin puis, 48 heures plus tard, la patiente est le plus souvent hospitalisée en hôpital de jour. Elle prendra des utérotoniques pour évacuer la grossesse.

- Les avantages de cette méthode sont :
  - pas de risque lié à l'anesthésie
  - pas de risque lié à un geste chirurgical
  - méthode plus naturelle
- Les risques sont :
  - méthode longue s'étalant sur plusieurs jours
  - douloureuse à cause des contractions utérines liées à l'utérotonique
  - risque d'expulsion à domicile avec le stress que cela peut engendrer
  - risque de devoir réaliser un curetage en urgence en cas d'expulsion hémorragique
  - risque d'échec (75 à 85 % de succès) avec risque de curetage au final

Explications sur la méthode chirurgicale

Elle se fait au bloc opératoire sous anesthésie générale. Après avoir dilaté le col à l'aide de bougies, on passe une canule dans la cavité utérine qui va aspirer le contenu utérin. C'est une intervention courte d'une dizaine de minutes.
Elle est indispensable au-delà de 8 SA.

- Les avantages sont :
  - rapidité : la patiente entre le matin, est opérée dans la matinée et ressort en fin d'après-midi
  - risque d'échec très faible

- Les inconvénients sont :
  - risque lié à l'anesthésie
  - risque lié au geste chirurgical :
    - perforation de l'utérus avec un instrument nécessitant la réalisation d'une cœlioscopie pour faire l'hémostase de l'utérus et vérifier l'absence d'autres lésions, en particulier digestives
    - synéchies à distance avec infertilité secondaire
    - infection : endométrite
    - béance cervicale



Le mot du conférencier

Question souvent laissée de côté par les étudiants, à tort ! Sujet « hyper-tombable » car c'est un phénomène de société très fréquent. C'est un sujet que l'on peut facilement mélanger avec des questions sur les différents modes de contraception, la santé publique, la maladie infectieuse (découverte d'une séroconversion) et même la psychiatrie (maniaco-dépression...). Bref, on peut la sortir très facilement. C'est un sujet facile mais en conférences ou en concours blancs, il fait des ravages avec des notes basses, alors qu'on ne peut vous poser que des questions de cours ! Il y a très peu de pièges et pas de réflexion, il faut suivre un protocole. De plus, les ECN favorisent les questions sur les remises d'informations aux patients, là encore c'est du « par cœur ».

- Le premier piège est évident : en cas d'IVG, il y a fort à parier que la femme sera de Rhésus négatif et qu'il faudra indiquer quelque part la **prévention de l'allo-immunisation Rhésus.** C'est toujours la même question dès qu'il y a une femme enceinte !
- Le deuxième c'est l'**IVG tardive**, avec le risque de dépasser le terme légal : le délai de réflexion de 7 jours peut être raccourci pour rester dans les termes légaux.
- Le dernier piège, c'est l'**IVG chez la jeune femme mineure** : l'accord parental n'est pas indispensable, la présence des parents doit être proposée. En cas d'impossibilité, il suffit qu'elle soit accompagnée d'une personne majeure de son choix qui n'a même pas à prendre la responsabilité de l'acte. Elle doit juste être présente. Ensuite la consultation sociale est obligatoire ! L'IVG sera alors gratuite si la jeune femme mineure n'a pas obtenu l'accord parental.

Aux ECN, les examinateurs ne chercheront jamais à vous piéger en posant un cas limite où il faut choisir entre IVG par curetage ou par Mifégyne® : il s'agira soit d'une IVG précoce, soit d'une IVG tardives... Vous n'aurez pas d'IVG à 8 SA, qui peut être gérée très différemment selon les différents services.

ITEM 183

Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles

Objectif : Décrire la prise en charge immédiate d'une personne victime de violences sexuelles.

Qu'est-ce qu'une réquisition ?

- C'est une obligation pour le médecin de recevoir la patiente et de répondre au mieux de ses capacités et en toute objectivité à un certain nombre de questions posées par écrit par un juge ou un officier de la police judiciaire.
- Elle est amenée par la victime.
- La réquisition n'est pas une violation du secret médical.
- Le médecin requis ne fera que répondre spécifiquement aux questions posées telles que formulées dans l'intitulé de la réquisition.
- Le médecin requis est tenu d'effectuer les examens complémentaires demandés si ceux-ci entrent dans son cadre de compétences.
- Il faut être le plus précis possible dans la description des lésions observées.
- Le tout sera retranscrit sur un compte rendu remis au requérant et à lui seul.
- Le médecin traitant ne peut être requis.

Prise en charge

- Se présenter. Le médecin qui accueille la victime devient le médecin responsable de son suivi ultérieur.
- Examen dans une seule salle, la patiente doit rester habillée le plus longtemps possible, l'examen doit être court, de préférence en présence d'une tierce personne (infirmière).
- Ne jamais laisser la patiente seule.
- Expliquer chaque étape à la patiente.
- Examen gynécologique :
  - recherche de lésions traumatiques
  - prélèvement de sperme
  - prélèvements bactériologiques, virologiques et parasitologiques

- Bilan :
  - proposer à la patiente les SÉROLOGIES VIH 1-2, hépatites B et C et TPHA-VDRL
  - test de grossesse
- Les vêtements seront mis dans un sac gardé pour l'expertise.
- Évaluation du risque de grossesse.
- Proposition d'une CONTRACEPTION D'URGENCE : Norlevo®, par exemple, en l'absence de contraception.
- Prescription d'une TRITHÉRAPIE à visée prophylactique, voire d'une antibiothérapie.
- Proposition d'une prise en charge psychologique.



Le mot du conférencier

Cette question fait partie des nouveautés arrivées avec les ECN, elle est donc à risque. C'est comme la question IVG, c'est du cours et du bon sens, et si elle tombe la moyenne sera basse. Cela veut dire que réussir cette question permet de gagner beaucoup de places, la rater n'en fait pas trop perdre. Elle a le potentiel du dossier dit « classant ». Elle peut être mélangée avec de l'orthopédie, de la psychiatrie, en particulier la dépression, avec le syndrome traumatique post-viol.

Il n'y a pas de piège particulier, mais lors d'une conférence de tour de synthèse, j'ai réalisé que 70 % des étudiants avaient fait l'impasse sur la question. C'est risqué, très risqué...

ITEM 18

Grossesse extra-utérine (GEU)

Objectifs : *Diagnostiquer une grossesse extra-utérine.*
Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

Grossesse extra-utérine non rompue

Diagnostic

Terrain : facteurs de risque.

Clinique :

- DOULEUR PELVIENNE permanente, latéralisée
- MÉTRORRAGIES SÉPIA peu abondantes
- douleur au toucher vaginal au niveau d'un cul-de-sac
- signes d'irritation péritonéale : nausées, diarrhée, scapulalgie

Paraclinique :

- bêta-hCG positives
- échographie pelvienne : VACUITÉ UTÉRINE ± VISUALISATION D'UNE MASSE LATÉRO-UTÉRINE
- signes indirects de GEU : ÉPANCHEMENT DANS LE CUL-DE-SAC DE DOUGLAS

Signes négatifs : pas de signe de rupture tubaire.

Facteurs de risque

- Antécédent d'infection génitale : salpingite, en particulier à *Chlamydia*.
- Antécédent de geste endo-utérin : curetage.
- Antécédent de chirurgie pelvienne.
- Antécédent de péritonite (appendicite).
- Antécédent de GEU.
- Endométriose.
- Stérilet.
- Tabac.
- Âge.

Quelles explications donner à la patiente sur la démarche diagnostique ?

- On suspecte que la grossesse, au lieu de s'implanter dans la cavité utérine, s'est implantée à un autre endroit : en général dans l'ampoule tubaire. Le risque est que la grossesse déchire la trompe et provoque une hémorragie interne qui peut entraîner rapidement le décès de la patiente.
- On peut visualiser une grossesse dans l'utérus à partir de 3 000 UI de bêta-hCG par voie transabdominale et à partir de 1 500 UI par voie endovaginale.
- Si les bêta-hCG sont supérieures à ces valeurs et que l'on ne voit pas de sac gestationnel dans la cavité utérine, c'est que la patiente fait probablement une grossesse extra-utérine, et il faut la traiter.
- Si les bêta-hCG sont inférieures à 1 500 UI et si la clinique n'est pas typique, on ne peut pas conclure. Trois hypothèses restent possibles : grossesse intra-utérine évolutive trop jeune pour être vue à l'échographie, fausse couche spontanée et grossesse extra-utérine. On proposera alors un suivi des bêta-hCG dans 48 heures avec une nouvelle échographie.
  - Si au bout de 48 heures les bêta-hCG ont doublé, alors on pensera à une grossesse intra-utérine évolutive, que l'on ne pourra affirmer que lorsqu'on aura vu le sac gestationnel dans la cavité utérine.
  - Si les bêta-hCG se sont effondrées, on pense alors à une fausse couche spontanée que l'on suivra jusqu'à négativation des bêta-hCG.
  - Si les bêta-hCG stagnent, on pensera à une grossesse extra-utérine et on la traitera s'il n'y a toujours rien dans la cavité utérine.
- La patiente doit être informée qu'il faut qu'elle revienne en urgence en cas d'apparition d'une douleur brutale, d'un malaise ou d'un saignement abondant.
- Cette prise en charge fondée sur la cinétique ne peut être réalisée que si la patiente comprend bien les explications et qu'elle habite près d'un hôpital en cas de rupture de la trompe.

Traitement médical

Il consiste en une injection de méthotrexate en IM après réalisation d'un BILAN PRÉTHÉRAPEUTIQUE : NFS-plaquettes, bilan hépatique et créatinémie, bilan préopératoire en cas de besoin et bêta-hCG de référence pour évaluer l'efficacité.

Ses indications sont :
- terme théorique < 7 SA
- masse latéro-utérine non visible ou de moins de 4 cm
- absence d'activité cardiaque embryonnaire visible
- patiente asymptomatique ou peu algique
- épanchement péritonéal et hématosalpinx minime
- dosage des bêta-hCG < 10 000 UI

Ses contre-indications sont :
- insuffisance hépatique sévère
- insuffisance rénale sévère
- terme théorique > 7 SA
- masse latéro-utérine volumineuse
- activité cardiaque embryonnaire visible
- signe de fissuration ou de rupture tubaire
- dosage des bêta-hCG > 5 000 UI

Surveillance :
- clinique : douleur, métrorragies, tension artérielle
- paraclinique : dosages quantitatifs des bêta-hCG à J4 et J7

Quelles informations donner sur ce traitement ?

- Il s'agit d'un traitement utilisé comme la chimiothérapie en cancérologie mais à dose très faible. Il permet en cas de succès d'éviter le traitement chirurgical avec le risque de laparotomie et de salpingectomie. Il va lyser les cellules de la grossesse.
- L'efficacité est de 75 % après la première injection. Elle sera évaluée sur l'évolution des bêta-hCG : si elles chutent de plus de 30 %, on considère le traitement comme efficace et on suivra les bêta-hCG jusqu'à leur négativation. En cas d'échec, on peut renouveler l'injection si l'état clinique de la patiente reste stable, sinon ce sera un traitement chirurgical.
- Il faut avertir la patiente sur le fait que le risque de rupture tubaire reste possible malgré l'injection.
- La patiente doit être éduquée sur l'importance du suivi des bêta-hCG et sur le fait qu'elle doit venir consulter en urgence en cas de :
  - douleur pelvienne brutale en coup de poignard
  - malaise
  - métrorragies abondantes

Grossesse extra-utérine rompue

Diagnostic

Clinique :

- DOULEUR PELVIENNE VIOLENTE brutale en coupe de poignard
- DÉFENSE PELVIENNE
- CHOC HYPOVOLÉMIQUE

Paraclinique :

- BÊTA-hCG POSITIVES
- ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE : HÉMOPÉRITOINE ASSOCIÉ À UNE VACUITÉ UTÉRINE

Prise en charge

- HOSPITALISATION EN URGENCE.
- PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE EN URGENCE : PRONOSTIC VITAL ENGAGÉ.
- LA PATIENTE EST PRÉVENUE DU RISQUE DE LAPAROTOMIE ET DE SALPINGECTOMIE.
- Mise en condition :
  - pose de 2 voies veineuses périphériques
  - remplissage par des macromolécules
  - transfusion de culots isogroupe, iso-Rhésus, en cas d'hémoglobine < 6,5 g/dL ou de signes de mauvaise tolérance à l'anémie
- TRAITEMENT CHIRUGICAL PAR CŒLIOSCOPIE sous anesthésie générale : SALPINGOTOMIE ou SALPINGECTOMIE. Pièce envoyée en examen anatomopathologique.
- Traitement antalgique par voie veineuse : paracétamol (Perfalgan®) IV.
- Prévention des complications de décubitus par héparine de bas poids moléculaire : enoxaparine sodique (Lovenox®) SC en cas de facteurs de risque thromboemboliques.
- PRÉVENTION DE L'ALLO-IMMUNISATION RHÉSUS : gammaglobulines anti-D si la femme est de Rhésus négatif.
- Surveillance.



Le mot du conférencier

Un autre sujet très souvent tombé au cours de l'internat et qui restera sûrement fréquent aux ECN. C'est une pathologie fréquente et grave sur laquelle il est facile de faire des dossiers. Il n'y a pas de gros piège, ce qui fait que ce dossier n'est pas, en général, un dossier « classant » aux ECN : tout le monde le réussira à peu près. Celui qui le réussira mieux que les autres ne gagnera que peu de places, mais celui qui le ratera dégringolera beaucoup. Donc sujet important à connaître.

Avec les ECN, vous avez beaucoup de questions types : « Que dites-vous au patient ? » : ce sujet s'y prête bien avec les explications sur la prise en charge et le traitement...

> Seul piège : méfiez-vous, comme dans tout dossier avec une femme enceinte, du Rhésus de la patiente et n'oubliez pas la prévention de l'allo-immunisation si elle est Rhésus négatif !

Au sujet du traitement, les publications de la HAS indiquent :

- < 1 000 : méthotrexate ;
- entre 1 000 et 10 000 : cœlioscopie ou méthotrexate en fonction des critères cités au-dessus ;
- > 10 000 : cœlioscopie.

Obstétrique

Gynécologie-Obstétrique

ITEM 15

Examen prénuptial

Intérêts

OBLIGATOIRE AVANT LE MARIAGE, il permet de :

- DÉPISTER LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
- une ÉDUCATION SUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
- la VÉRIFICATION DU CARNET DE VACCINATION
- une ÉDUCATION SUR LA CONTRACEPTION
- une ÉDUCATION SUR LA REPRODUCTION
- la RECHERCHE DE FUTURES COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES et en cas de besoin la vaccination contre la rubéole avant toute grossesse
- la RECHERCHE ET l'INFORMATION sur les MALADIES FAMILIALES, notamment GÉNÉTIQUES

Examens complémentaires

- Pour la femme :
  - groupe ABO, Rhésus
  - recherche d'agglutinines irrégulières (RAI)
  - SÉROLOGIES RUBÉOLE et TOXOPLASMOSE
- Pour l'homme : groupe ABO, Rhésus.
- Pour le couple : PROPOSER LES SÉROLOGIES VIH 1 et 2, HÉPATITES B et C et le TPHA-VDRL.

Les résultats sont REMIS SÉPARÉMENT aux 2 conjoints ainsi que le CERTIFICAT PRÉNUPTIAL.



Le mot du conférencier

- Question de cours simple.
- Pas de piège.
- Si ces questions tombent aux ECN, il est impardonnable de ne pas avoir tous les points...

ITEM 16

Surveillance de la grossesse et besoins nutritionnels de la femme enceinte

Objectifs : *Diagnostiquer une grossesse et connaître les modifications physiologiques l'accompagnant.*
Énoncer les règles du suivi (clinique, biologique, échographique) d'une grossesse normale.
Déterminer lors de la première consultation prénatale les facteurs de risque de complications durant la grossesse qui entraînent une prise en charge spécialisée.
Expliquer les particularités des besoins nutritionnels d'une femme enceinte.

Objectifs de la première consultation de grossesse

- CONFIRMER LA GROSSESSE, SA LOCALISATION INTRA-UTÉRINE, SON ÉVOLUTIVITÉ :
  - signes sympathiques de grossesse :
    - tension mammaire
    - nausées
    - somnolence
    - pollakiurie
    - augmentation du volume des seins
    - col violacé
    - toucher vaginal (pas obligatoire) : utérus augmenté de volume
  - prescription d'un dosage des bêta-hCG en cas de doute ou de douleurs, ou de métrorragies associées
  - au moindre doute, on peut réaliser une échographie pelvienne pour éliminer une grossesse extra-utérine et confirmer l'évolutivité de la grossesse
- DÉTERMINATION DU TERME DE LA GROSSESSE par rapport à la date du premier jour des dernières règles.
- RECHERCHE D'ÉVENTUELLES COMPLICATIONS POUVANT SURVENIR PENDANT LA GROSSESSE : recherche d'antécédents particuliers (hypertension artérielle, diabète, épilepsie, chirurgie utérine, fibrome...).
- DÉCLARATION DE LA GROSSESSE avant la fin de la 16e SA.

- EXAMEN CLINIQUE :
  - examen des seins
  - pesée de la patiente
  - frottis cervicovaginal si le dernier date de plus de 2 ans
- PRESCRIPTION DU BILAN DE DÉBUT DE GROSSESSE :
  - groupe ABO, Rhésus
  - RAI
  - sérologie toxoplasmose et rubéole
  - TPHA-VDRL
  - proposer sérologies VIH et hépatites B et C
  - glycosurie et albuminurie à la bandelette
- PRESCRIPTION DE LA PREMIÈRE ÉCHOGRAPHIE.
- PLANIFICATION DU SUIVI DE LA GROSSESSE.
- ÉDUCATION DE LA PATIENTE : arrêt de l'alcool et du tabac, pas d'automédication, conseils sur l'alimentation pour prévenir la listériose et une séroconversion toxoplasmose.

Surveillance d'une grossesse normale

Elle comporte :
- 7 consultations prénatales
- 3 échographies obstétricales

Ces différentes consultations sont prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

À chaque consultation :
- ÉDUCATION DE LA PATIENTE : pas d'automédication, respect des règles hygiénodiététiques
- VÉRIFIER LA BONNE ÉVOLUTIVITÉ DE LA GROSSESSE :
  - perception des mouvements actifs fœtaux par la patiente
  - auscultation des bruits cardiaques fœtaux au Doppler
  - mesure de la hauteur utérine (20 cm à 24 SA, 28 cm à 32 SA et 31 cm à 37 SA), qui permet d'évaluer la croissance fœtale et la quantité de liquide amniotique
- RECHERCHE DE COMPLICATIONS :
  - contractions utérines
  - métrorragies
  - pertes anormales, leucorrhées
  - signes fonctionnels urinaires
  - prise de la tension artérielle
  - température

- pesée de la patiente
- réalisation d'une bandelette urinaire à la recherche d'une infection urinaire asymptomatique, d'une protéinurie dans le cadre d'une prééclampsie et d'une glycosurie dans le cadre d'un diabète

- TOUCHER VAGINAL vérifiant que le col est bien long, tonique, postérieur et fermé
- prescription des ÉCHOGRAPHIES du deuxième et du troisième trimestre pour vérifier la croissance fœtale et l'absence d'anomalies
- prescription de BILANS PARACLINIQUES :
  - RAI en cas de Rhésus négatif chez la mère ou d'antécédents de transfusions
  - sérologie toxoplasmose si la femme est non immunisée
  - au sixième mois : NFS-plaquettes et recherche de l'antigène HBs

À 28 SA : 1 injection de gammaglobulines anti-D (Rophylac 300®) à toutes les patientes de Rhésus négatif.

Au 7e mois : prescription de l'Uvedose® (200 000 UI en une prise) pour prévenir le rachitisme.

Au 8e mois :
- décision de la voie d'accouchement en fonction de la présentation, des antécédents de la patiente
- prévoir la consultation d'anesthésie pour la péridurale

Le congé maternité débute 6 semaines avant l'accouchement.

Besoins nutritionnels de la femme enceinte

L'ÉDUCATION DE LA PATIENTE doit être réalisée avec des recommandations pour une alimentation variée, avec :
- régime à 2 500 kcal/j :
  - 20 % de protéines
  - 40 % de sucres
  - 40 % de lipides
- apport en calcium : 1,2 à 1,5 g/j
- apport en fer : 50 à 100 mg/j



Le mot du conférencier

C'est une question de cours. Pas de quoi faire un dossier complet, mais elle peut facilement être posée comme question isolée au sein d'un autre dossier d'obstétrique. Pas de difficulté. En revanche, ce sont des questions longues, aussi veuillez à faire une présentation aérée.

Il faut se méfier des patientes qui ont des cycles longs ou irréguliers. Pour dater la grossesse, il faudra alors se fonder sur l'échographie du premier trimestre.

ITEM 17

Complications de la grossesse : métrorragies (hors grossesse extra-utérine)

Objectifs : *Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge des principales complications de la grossesse :*
– hémorragie génitale
– HTA gravidique
– prééclampsie
– menace d'accouchement prématuré
– diabète gestationnel
Argumenter les procédures diagnostiques et thérapeutiques devant une fièvre durant la grossesse.

Étiologie des métrorragies au premier trimestre

Causes liées à la grossesse :

- GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE
- FAUSSE COUCHE SPONTANÉE
- GROSSESSE INTRA-UTÉRINE ÉVOLUTIVE
- grossesse môlaire

Causes non liées à la grossesse :

- cancer du col
- ectropion cervical
- cervicite
- plaie traumatique vulvaire ou vaginale

Diagnostic d'une grossesse môlaire (môle hydatiforme)

Clinique :

- métrorragies du premier trimestre
- signes sympathiques de grossesse exacerbés avec des vomissements incoercibles

Échographie :

- image anormale du placenta ou de tout le contenu utérin avec une image en tempête de neige
- présence possible d'un embryon

Biologie : bêta-hCG très élevées.

Confirmation du diagnostic : par examen anatomopathologique du produit de curetage.

Prise en charge d'une grossesse môlaire (môle hydatiforme)

Urgence thérapeutique : hospitalisation en service de gynécologie.

Mise en condition de la malade :

- repos au lit
- voie veineuse périphérique

Bilan en urgence :

- BILAN PRÉOPÉRATOIRE : groupe ABO, Rhésus (2 déterminations), RAI, NFS-plaquettes, TP et TCA
- bêta-hCG si non encore prélevées
- radiographie de thorax de face

Traitement étiologique : TRAITEMENT CHIRURGICAL par ASPIRATION-CURETAGE. Les débris trophoblastiques sont envoyés en EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE. Un CONTRÔLE ÉCHOGRAPHIQUE de la vacuité utérine est effectué ⚠.

Traitement symptomatique :

- antalgiques : Perfalgan® IV
- antiémétiques : métoclopramide (Primpéran®) IV

Surveillance :

- clinique : métrorragies, douleur, tension artérielle, pouls, température
- biologique : bêta-hCG hebdomadaires jusqu'à négativation puis mensuelles pendant 6 mois puis tous les 2 mois pendant 6 mois ⚠

Éducation de la patiente : éviter une nouvelle grossesse pendant au moins un an.

À moyen et long terme :
En cas d'augmentation des bêta-hCG, craindre un CHORIOCARCINOME :
- bilan d'extension :
  - ponction lombaire avec dosage des bêta-hCG dans le liquide céphalorachidien
  - échographie pelvienne
  - radiographie de thorax
  - scanner cérébral
  - échographie hépatique
  - artériographie des artères hypogastriques
- bilan préthérapeutique : bilan hépatique et créatinémie
- traitement : chimiothérapie (méthotrexate IV)
- surveillance

Métrorragie du troisième trimestre

Pas de touchers vaginaux avant d'avoir éliminé un *placenta prævia* car risque d'aggraver l'hémorragie. Une échographie vaginale prudente est possible et oriente pour le diagnostic.

Prise en charge d'une hémorragie génitale abondante sur *placenta prævia* à terme chez une femme qui n'est pas en travail

- URGENCE THÉRAPEUTIQUE : PRONOSTIC MATERNEL ET FŒTAL ENGAGÉ.
- Prise en charge multidisciplinaire : obstétricien, pédiatre et anesthésiste sur place.
- **Contrôle échographique de la vitalité fœtale :** présence d'une activité cardiaque.
- **Bilan biologique en urgence :**
  - bilan préopératoire : groupe ABO, Rhésus (2 déterminations), RAI, NFS-plaquettes, TP et TCA
  - test de Kleihauer
- Pose de 2 voies veineuses périphériques : remplissage vasculaire.
- En cas d'hémoglobine inférieure à 6,5 g/dL ou de mauvaise tolérance au saignement : transfusion de culots globulaires isogroupe, iso-Rhésus.
- Transfert au bloc opératoire : CÉSARIENNE EN URGENCE ⚠.

- **Prévention de l'allo-immunisation Rhésus si Rhésus négatif :** injection de gammaglobulines anti-D.
- **Surveillance.**

Prise en charge d'une hémorragie peu abondante sur *placenta prævia* avant 36 SA

Hospitalisation en service de grossesse pathologique.

Mise en condition de la malade :

- repos au lit
- voie veineuse périphérique

Bilan :

- bilan préopératoire : groupe ABO, Rhésus (2 déterminations), RAI, NFS-plaquettes, TP et TCA
- test de Kleihauer
- prélèvement vaginal
- bandelette urinaire
- ECBU
- CRP

Bilan de retentissement sur le fœtus :

- échographie obstétricale : bilan de vitalité fœtale et estimation du poids fœtal
- rythme cardiaque fœtal (RCF) : vérifie l'absence de signes de souffrance fœtale

Traitement étiologique :

- lutter contre les contractions utérines
- TOCOLYSE IVSE PAR INHIBITEUR CALCIQUE : nicarpidine (Loxen®)
- PRÉVENTION DE LA MALADIE DES MEMBRANES HYALINES : CORTICOTHÉRAPIE par bêtaméthasone (Célestène®) pendant 48 heures

Traitement symptomatique : supplémentation en fer pour lutter contre la carence martiale par SELS DE FER FERREUX (Tardyféron®) *per os.*

Surveillance :

- clinique : abondance des métrorragies, contractions utérines, perte de liquide amniotique, signes fonctionnels d'hypertension artérielle
- paraclinique : RCF 3 fois/j

Césarienne :

- CÉSARIENNE EN URGENCE SI LES SAIGNEMENTS DEVIENNENT ABONDANTS OU EN CAS DE SIGNES DE SOUFFRANCE FŒTALE
- césarienne programmée à 38-39 SA en l'absence de complications

Prise en charge d'un hématome rétroplacentaire (HRP)

- URGENCE THÉRAPEUTIQUE (pas de transfert en maternité de niveau 3 !) : PRONOSTIC MATERNEL ET FŒTAL ENGAGÉ.
- Prise en charge multidisciplinaire : obstétricien, pédiatre et anesthésiste sur place.
- **Contrôle échographique de la vitalité fœtale :** présence d'une activité cardiaque.
- **Bilan biologique en urgence :**
  - bilan préopératoire : groupe ABO, Rhésus (2 déterminations), RAI, NFS-plaquettes, TP et TCA
  - test de Kleihauer
- Pose de 2 voies veineuses périphériques : remplissage vasculaire.
- En cas d'hémoglobine inférieure à 6,5 g/dL ou de mauvaise tolérance au saignement : transfusion de culots globulaires isogroupe, iso-Rhésus.
- **Accouchement :**
  - FŒTUS VIVANT : transfert au bloc opératoire pour CÉSARIENNE EN URGENCE ⚠
  - FŒTUS MORT *IN UTERO* : déclenchement du travail sous anesthésie péridurale pour accouchement par voie basse. La césarienne ne sera faite qu'en cas de mauvaise tolérance maternelle
- **Prévention de l'allo-immunisation Rhésus si rhésus négatif :** injection de gammaglobulines anti-D.
- **Surveillance.**

Hémorragie de la délivrance

Définition : métrorragies de plus de 500 mL dans les 24 heures qui suivent l'accouchement.

Étiologies :

- causes utérines :
  - obstacle mécanique empêchant la bonne rétraction utérine :
    - rétention placentaire totale ou partielle
    - *placenta accreta* ou *percreta*
    - fibrome(s) utérin(s)
  - atonie uterine, secondaire à :
    - un travail long avec utilisation de doses massives de Syntocinon®
    - une surdistension utérine dans le cadre d'un macrosome, d'un hydramnios, d'une grossesse gémellaire
    - une rupture utérine en fin de travail

- causes cervicovaginales :
  - plaie cervicale
  - déchirure vaginale
  - épisiotomie
- causes maternelles : troubles de la coagulation

Prévention :

- en salle de travail :
  - vérification du bilan de coagulation de la patiente
  - recherche de facteurs de risque :
    - antécédent(s) d'hémorragie de la délivrance ou d'accidents hémorragiques
    - hauteur utérine supérieure à 33 cm
    - grossesse singleton
    - biométries fœtales lors des échographies obstétricales : suspicion de macrosomie
    - quantité de liquide : hydramnios
    - insertion placentaire
    - présence de fibrome
- pendant la dilatation :
  - limiter les doses d'ocytociques
  - ne pas laisser la dilatation stagner
- pendant l'accouchement :
  - délivrance dirigée : injection de 10 UI d'ocytociques (Syntocinon®) au dégagement de l'épaule antérieure en IVD
  - utilisation d'un sac de recueil de sang gradué
- après l'accouchement : surveillance rapprochée pendant 2 heures en salle de travail

Prise en charge :

- dès le diagnostic posé : URGENCE THÉRAPEUTIQUE (PRONOSTIC VITAL MATERNEL ENGAGÉ)
- PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE : obstétricien, anesthésiste
- mesures de réanimation :
  - pose d'une deuxième voie veineuse de bon calibre
  - remplissage par macromolécules
  - position en Trendelenburg
  - oxygénothérapie
- bilan en urgence :
  - BILAN DE COAGULATION : NFS-plaquettes, TP et TCA
  - BILAN PRÉTRANSFUSIONNEL

- prise en charge :
  - DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE (on met la main dans l'utérus et on retire le placenta) et RÉVISION UTÉRINE (on met la main dans l'utérus et on vérifie qu'il ne reste rien) SI LA PATIENTE N'EST PAS DÉLIVREE ⚠
  - RÉVISION UTÉRINE SI LA PATIENTE EST DÉJÀ DÉLIVRÉE ⚠
  - PERFUSION D'OCYTOCIQUE : Syntocinon®
  - RÉVISION DU COL ET DE LA FILIÈRE GÉNITALE SOUS VALVE : SUTURE IMMÉDIATE DE TOUTES PLAIES ⚠
  - vidange vésicale
  - massage utérin
  - SI LES SAIGNEMENTS PERSISTENT : PERFUSION DE PROSTAGLANDINES OCYTOCIQUES (Nalador®) IVSE, 1 ampoule sur 1 heure puis 1 ampoule sur 5 heures ⚠
  - SI LES SAIGNEMENTS PERSISTENT ENCORE :
    - SOIT RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE : EMBOLISATION des artères utérines (patiente stable hémodynamiquement et saignements modérés) ⚠
    - SOIT CHIRURGIE : LIGATURE DES ARTÈRES HYPOGASTRIQUES ⚠
  - EN DERNIER RECOURS (devant une hémorragie non contrôlable malgré toutes les techniques précédentes) : HYSTÉRECTOMIE D'HÉMOSTASE (le plus souvent subtotale et conservatrice)
  - en cas de mauvaise tolérance maternelle ou d'hémoglobine inférieure à 6,5 g/dL : TRANSFUSION DE CULOTS GLOBULAIRES ISOGROUPE, ISORHÉSUS



Le mot du conférencier

Métrorragies du premier trimestre

Devant tout saignement du premier trimestre, vous devez évoquer la GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, la FAUSSE COUCHE SPONTANÉE et la GROSSESSE INTRA-UTÉRINE ÉVOLUTIVE. Si vous pensez presque toujours aux 2 premiers diagnostics, vous oubliez presque toujours la grossesse évolutive qui est pourtant en pratique le cas le plus fréquent (20 % des femmes qui mènent leur grossesse à terme ont saigné au premier trimestre de la grossesse) !

La grossesse extra-utérine rompue et la fausse couche hémorragique peuvent engager le pronostic vital maternel à court terme.

Grossesse môlaire

Elle ferait un beau sujet : pour rappel, le diagnostic est histologique avec l'examen anatomopathologique du produit de curetage. On la suspecte devant des signes de grossesse exacerbés, en particulier les vomissements et des métrorragies. L'échographie donne une image typique en tempête de neige. La prise en charge est riche et divisible en plusieurs questions.

Métrorragies du troisième trimestre

Les métrorragies liées aux **nécrobioses de fibrome** sont traitées dans le chapitre sur les fibromes.

Placenta prævia

Concernant le *placenta prævia*, je pense qu'on ne peut vous poser que les 2 situations traitées : hémorragie soit abondante, soit au contraire faible. La troisième situation est celle d'un placenta bas inséré marginal qui saigne au cours du travail. Il faut alors rompre les membranes pour arrêter les saignements et, en cas de persistance, faire une césarienne. Cette situation me semble trop poussée par rapport à ce qu'on vous demande de connaître. En résumé, si vous avez un doute sur la prise en charge d'un *prævia*, la césarienne est le plus souvent la bonne solution.

Et attention au placenta antérieur bas inséré dans un contexte d'utérus opéré (césarienne, myomectomie, curetage), il peut faire craindre un *placenta accreta* (adhérant anormalement à l'endomètre).

Hématome rétroplacentaire

Il survient dans un contexte de prééclampsie ou post-traumatique mais pas obligatoirement. Les pièges classiques sont qu'il n'y pas forcément de métrorragies et que l'HRP n'est pas toujours visible à l'échographie à la phase aiguë. DONC UNE ÉCHOGRAPHIE NORMALE N'ÉLIMINE PAS LE DIAGNOSTIC D'HRP ! Il faut donc se fonder principalement sur la clinique.

Un réflexe : fœtus vivant = césarienne en urgence.

Et lorsqu'on doit réaliser une césarienne en extrême urgence : pas de transfert en maternité de niveau adapté et pas de corticothérapie maturative. Extrême urgence : pas le temps (remarque valable aussi pour les césariennes des *placenta prævia*).

Hémorragie de la délivrance

Elle est déjà tombée, même si elle ne fait partie du programme *stricto sensu*. Il faut connaître parfaitement le protocole de prise en charge et les recommandations émises par le CNGOF très récemment, en vue de faire diminuer la mortalité ! Il y a beaucoup de zéros possibles dans cette question...

Hémorragie de Benkiser

Elle survient pendant le travail et correspond à la rupture d'un vaisseau placentaire *prævia* : elle est à suspecter devant une hémorragie de moyenne abondance associée à des anomalies sévères du RCF. La prise en charge doit être urgente avec une césarienne et la transfusion du nouveau-né anémique.

Rupture utérine

Elle survient le plus souvent sur utérus cicatriciel, c'est pourquoi il ne faut pas déclencher une patiente qui a eu une césarienne ou une myomectomie. Le travail devra être spontané et harmonieux. On évoquera le diagnostic de rupture devant une douleur abdominale intense malgré l'analgésie, une altération du RCF et des métrorragies. On réalise alors une césarienne en extrême urgence. L'accouchement par voie basse est déconseillé en cas d'utérus bicicatriciel ou dans les cas de cicatrice utérine fragile (myomectomie).

Réflexe devant tout saignement chez une femme enceinte

Il faut penser à :

- évaluer le retentissement maternel par une surveillance clinique (pouls, tension) et paraclinique (NFS) ;
- évaluer le retentissement fœtal (RCF et échographie) ;
- rechercher la cause (les diagnostics de pathologie cervicale comme ectropion ou perte du bouchon muqueux sont des diagnostics d'élimination) ;
- vérifier le Rhésus maternel et si négatif faire des RAI et une injection d'anti-D.

ITEM 17

Complications de la grossesse : menace d'accouchement prématuré (MAP)

Objectifs : *Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge des principales complications de la grossesse :*
– hémorragie génitale
– HTA gravidique
– prééclampsie
– menace d'accouchement prématuré
– diabète gestationnel
Argumenter les procédures diagnostiques et thérapeutiques devant une fièvre durant la grossesse.

Diagnostic

- Il est CLINIQUE : MODIFICATIONS CERVICALES ASSOCIÉES À DES CONTRACTIONS UTÉRINES avant 37 SA et après 24 SA.
- Les contractions menaçant le col sont : douloureuses, totales, rythmées et régulières.
- Importance de préciser le terme car la prise en charge diffère totalement à 27 et à 35 SA.
- Avant 24 SA, on parle de fausse couche tardive.
- Toujours chercher dans l'énoncé les facteurs de risque à mettre dans l'item « terrain » aux ECN.

Facteurs de risque (terrain)

- Race noire.
- Âge jeune.
- Célibat.
- Stress, dépression.
- Violence conjugale.
- Faible niveau socio-économique.
- Travail physique et long temps de transport.

- Mauvais suivi obstétrical.
- ANTÉCÉDENT D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.
- ANTÉCÉDENT DE FAUSSE COUCHE TARDIVE.
- Antécédent de conisation.
- FIV.
- GROSSESSE MULTIPLE.
- HYDRAMNIOS.
- *Placenta prævia*.
- Métrorragies au cours de la grossesse.

Examens complémentaires

Confirmation diagnostique : TOCOMÉTRIE EXTERNE.

Bilan étiologique :

- recherche d'une étiologique infectieuse :
  - NFS-plaquettes
  - CRP
  - bandelette urinaire, ECBU
  - prélèvement vaginal
- recherche d'une étiologie liée à la grossesse : échographie obstétricale avec mesure des biométries

Bilan de gravité :

- ÉCHOGRAPHIE DU COL PAR VOIE ENDOVAGINALE (col < 26 mm)
- RCF pour vérifier la tolérance fœtale aux contractions utérines
- Prom-test et amniocator en cas de doute sur une rupture des membranes (absence de liquide à l'échographie, ou patiente se plaignant de fuite)

Bilan préthérapeutique en cas d'utilisation du salbutamol :

- ionogramme sanguin : kaliémie
- ECG
- glycémie

Bilan de péridurale :

- NFS-plaquettes
- TP-TCA

Étiologies

Causes maternelles :

- causes infectieuses :
  - toutes les infections peuvent entraîner une MAP à cause de la fièvre qui favorise les contractions utérines
  - cystite aiguë et pyélonéphrite aiguë
  - appendicite aiguë
- causes utérines :
  - fibromes
  - malformations utérines
  - béance cervico-isthmique
  - exposition *in utero* au distilbène
- causes générales : diabète

Causes ovulaires :

- surdistension utérine :
  - grossesse multiple
  - macrosomie fœtale
  - hydramnios
- cause placentaire : *placenta prævia*
- cause infectieuse :
  - chorioamniotite aiguë (à éliminer systématiquement : contre-indication à la tocolyse car il est préférable que le bébé soit prématuré plutôt qu'infecté)
  - rupture prématurée des membranes

Critères de gravité

Liés au terrain :

- âge gestationnel (terme < 32 SA)
- contexte familial difficile
- grossesse multiple
- multiparité avec antécédent d'accouchement prématuré
- utérus distilbène
- absence de corticothérapie maturative

Cliniques :

- modification cervicale : col effacé, centré, voire début de dilatation
- contractions utérines douloureuses rapprochées
- métrorragies associées
- rupture prématurée des membranes

Échographiques :
- longueur du col < 25 mm
- ouverture de l'orifice interne > 5 mm
- protrusion de la poche des eaux > 5 mm

Traitement

- URGENCE THÉRAPEUTIQUE.
- HOSPITALISATION en maternité de niveau III si terme < 34 SA, niveau II si terme entre 34 et 37 SA.
- Si besoin transfert par SAMU dès que la patiente est stabilisée.
- Sinon accouchement dans la maternité d'accueil et transfert du nouveau-né par SAMU pédiatrique (il est mieux pour le nouveau-né prématuré de naître dans une maternité de type III, mais pas de camion de transfert).
- Mise en condition :
  - repos au lit
  - pose d'une voie veineuse périphérique
- TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE si cause connue : par exemple, antibiothérapie en cas de cause infectieuse.
- TRAITEMENT DE LA MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ : TOCOLYSE par voie veineuse, par exemple, inhibiteurs calciques type Loxen® IVSE hors contre-indications. La dose sera adaptée en fonction des contractions utérines, pour une durée minimale de 48 heures. Relais *per os* à discuter en fonction de la réponse au traitement.
- PRÉVENTION DE LA MALADIE DES MEMBRANES HYALINES ⚠ : corticothérapie maturative par bétaméthasone (Célestène®) IM pendant 48 heures (éviter les cures à répétition pendant la grossesse)
- Prévention des complications de décubitus :
  - bas de contention
  - anticoagulation à dose préventive, type Lovenox® SC
- SURVEILLANCE de la tolérance et de l'efficacité du traitement pour la mère et le fœtus.

Surveillance

Clinique : nombre de contractions utérines par jour, caractère douloureux, mouvements actifs fœtaux, perte de liquide amniotique, température, pouls, tension artérielle, effets indésirables liés au traitement.

Paraclinique :
- tocométrie externe couplée au RCF
- NFS-plaquettes en cas d'anticoagulation préventive par Lovenox®



Le mot du conférencier

Dossier classique en obstétrique et souvent déjà tombé.

En ce qui concerne le choix du tocolytique, il semble aujourd'hui admis que l'on puisse utiliser, avec moins de complications (œdème aigu du poumon) et une meilleure tolérance maternelle, les inhibiteurs calciques (Loxen® ou Adalate®), malgré l'absence d'AMM, toute la littérature internationale allant dans ce sens.

Le salbutamol est plus risqué. Ne pas le prescrire en cas de diabète (risque de décompensation acidocétosique) ou de grossesse gémellaire (œdème aigu du poumon lié à l'hypervolémie).

Si on vous donne le résultat d'un ionogramme sanguin dans ce dossier, c'est pour vous faire remarquer une hypokaliémie. Alors méfiance.

Gardez le TRACTOCILE pour les MAP très sévères ou les grossesses multiples ou les échecs de tocolyse classique.

L'oubli de la corticothérapie maturative est impardonnable dans ce type de dossier, car c'est vraiment ce qui fait la différence pour l'enfant à naître et c'est le seul but de la tocolyse, qui n'a montré son efficacité que pour prolonger les grossesses de 2 jours… le temps de faire les corticoïdes !

Le plus souvent l'étiologie sera infectieuse, donc pensez toujours à la PYÉLONÉPHRITE, qui est le grand classique (attention à l'appendicite, dont la symptomatologie est trompeuse chez la femme enceinte, et à la chorioamniotite, qui est une contre-indication à la poursuite de la grossesse).

Le diagnostic de chorioamniotite se fait devant :

- une fièvre maternelle ;
- une anomalie du RCF (tachycardie) ;
- un contexte de rupture de la poche des eaux ;
- un écoulement de liquide amniotique teinté ou purulent.

ITEM 17

Complications de la grossesse : diabète gestationnel et préexistant

Objectifs : Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge des principales complications de la grossesse :
– hémorragie génitale
– HTA gravidique
– prééclampsie
– menace d'accouchement prématuré
– diabète gestationnel
Argumenter les procédures diagnostiques et thérapeutiques devant une fièvre durant la grossesse.

Dépistage du diabète gestationnel

Interrogatoire = recherche de facteurs de risque :
- ▶ antécédent de diabète gestationnel
- ▶ antécédents familiaux de diabète
- ▶ antécédents de malformations fœtales, de mort fœtale *in utero*, de macrosome
- ▶ obésité

Dépistage entre 24 et 28 SA = TEST DE O'SULLIVAN (glycémie à jeun et 1 heure après l'ingestion de 50 g de sucre) :
- ▶ la glycémie à jeun ne fait pas partie du test par définition mais est très souvent réalisée
- ▶ normales : glycémie à jeun < 0,95 g/L et à 1 heure < 1,4 g/L
- ▶ si valeurs anormales, faire une hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) à 100 g : 100 % des patientes qui ont un test de dépistage > 2 g/L auront une HGPO anormale et peuvent donc directement être considérées comme diabétiques

Test diagnostique de diabète gestationnel = HGPO (glycémie à jeun puis après ingestion de 100 g de sucre après 1, 2 et 3 heures :

- normales :
  - à jeun : < 0,95 g/L
  - H1 < 1,8 g/L
  - H2 < 1,6 g/L
  - H3 < 1,4 g/L
- DEUX VALEURS PATHOLOGIQUES POSENT LE DIAGNOSTIC DE DIABÈTE GESTATIONNEL

Ce dépistage en début de 3e trimestre me permet en rien de présumer de l'état de la patiente auparavant : est-ce un vrai diabète apparu en cours de grossesse avec un risque de macrosomie essentiellement, ou alors est-ce un diabète préexistant à la grossesse (diabète non insulinodépendant) avec un risque malformatif surajouté (effet tératogène de l'hyperglycémie au premier trimestre) ?

Particularités de la surveillance d'une grossesse chez une femme diabétique

- Suivi MULTIDISCIPLINAIRE avec un obstétricien, un endocrinologue et une nutritionniste.
- Surveillance habituelle de la grossesse, avec :
  - GLYCÉMIES CAPILLAIRES au réveil, avant et après chaque repas, à noter dans un carnet de surveillance
  - DOSAGE DE L'HbA1c tous les 2 mois
  - AUTODÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DES INFECTIONS URINAIRES ASYMPTOMATIQUES ET DE LA PROTÉINURIE À LA BANDELETTE URINAIRE quotidienne et ECBU mensuel
  - ÉCHOGRAPHIES OBSTÉTRICALES :
    - 22-24 SA avec Doppler utérin
    - 32-34 SA avec Doppler ombilical et utérin, et ÉCHOGRAPHIE CARDIAQUE FŒTALE à la recherche de l'hypertrophie septale et d'un trouble de la fonction
  - À PARTIR DE 32 SA, RCF jusqu'à l'accouchement : 2 ou 3 par semaine en l'absence de complication avec des objectifs glycémiques atteints. Si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints, une hospitalisation est nécessaire pour améliorer les glycémies, et éventuellement décider d'une extraction avant terme en cas d'anomalie du RCF
  - FOND D'ŒIL ± angiographie au premier et au troisième trimestre
  - POIDS et TENSION ARTÉRIELLE À CHAQUE CONSULTATION

- Hospitalisation si :
  - retard de croissance intra-utérin (RCIU)
  - prééclampsie
  - pyélonéphrite aiguë
  - MAP
  - acidocétose
  - déséquilibre diabétique

Prise en charge thérapeutique du diabète gestationnel au cours de la grossesse

- Prise en charge MULTIDISCIPLINAIRE avec un OBSTÉTRICIEN, un ENDOCRINOLOGUE et une NUTRITIONNISTE.
- Hospitalisation en hôpital de jour en endocrinologie pour ÉDUCATION DE LA PATIENTE sur :
  - LES RÈGLES HYGIÉNODIÉTÉTIQUES
  - LE RÉGIME DIABÉTIQUE : 3 repas et 3 collations
  - LA SURVEILLANCE DES GLYCÉMIES CAPILLAIRES
  - LES COMPLICATIONS DU DIABÈTE ET LEUR PRISE EN CHARGE
  - en cas de mise sous insuline : L'UTILISATION DES INSULINES ET L'ADAPTATION DES DOSES EN FONCTION DES GLYCÉMIES CAPILLAIRES
- OBJECTIFS GLYCÉMIQUES :
  - glycémie à jeun : 0,6 à 0,9 g/L (3,4 à 5 mmol/L)
  - glycémie à 2 heures post-prandiale < 1,20 g/L
  - HbA1c < 6,5 %
- On débute la prise en charge par la MISE EN PLACE D'UN RÉGIME. En cas d'inefficacité, on ajoute un traitement par INSULINE : association de 3 injections d'insuline rapide et d'une insuline NPH.
- Surveillance.

Particularité du macrosome de mère diabétique

- Macrosome = fœtus estimé à plus de 4 000 g d'après les biométries ou ayant un poids supérieur au 90e percentile par rapport au terme.
- Le fœtus de mère diabétique a une répartition tronculaire des graisses. Il a donc un tronc et des épaules plus larges (diamètre biacromial augmenté), ce qui AUGMENTE LE RISQUE DE DYSTOCIE DES ÉPAULES PAR RAPPORT À UN FŒTUS DE MÊME POIDS MAIS DE MÈRE NON DIABÉTIQUE.

- L'enfant de mère diabétique semble plus costaud mais est beaucoup plus fragile et immature. La corticothérapie prénatale en cas de risque de naissance prématurée lui est bénéfique malgré les risques de décompensation du diabète maternel.

Risques pour l'enfant

Pendant la grossesse :
- malformations (si diabète au premier trimestre : neurologiques, squelettiques, digestives ou rénales et cardiaques)
- mort fœtale *in utero*
- hydramnios
- naissance prématurée

À l'accouchement : risque de dystocie des épaules (élongation du plexus brachial, hypoxie, décès).

En suites de couches :
- détresse respiratoire (maladie des membranes hyalines ou défaut de résorption du liquide)
- hypoglycémie
- hypocalcémie
- hyperbilirubinémie et ictère
- polyglobulie
- malformations passées inaperçues

À long terme : diabète.

Modalités d'accouchement

Terme : accouchement programmé pour 38-39 SA.

Voie d'accouchement : voie basse accordée sauf en cas de suspicion de disproportion fœtopelvienne confirmée à la radiopelvimétrie.
La seule indication de césarienne spécifique au diabète est une estimation de poids fœtal supérieur à 4 250 g.

Déroulement du travail : l'accouchement, avec présence du pédiatre sur place, se fera avec une perfusion de glucosé et une insulinothérapie IVSE dont le débit est adapté à la surveillance glycémique horaire, pour éviter les hypoglycémies fœtales.

Surveillance : en *post-partum* immédiat à cause du risque d'hémorragie de la délivrance par atonie lié à la macrosomie fœtale.



Le mot du conférencier

Sujet déjà fréquemment tombé.

Les critères diagnostiques sont encore débattus, pour certains une valeur pathologique à l'HGPO pose le diagnostic alors que pour d'autres, cela pose seulement le diagnostic d'intolérance aux hydrates de carbone. Aux ECN, retenez 2 valeurs pathologiques.

En cas de diabète préexistant pensez à :

- arrêter les antidiabétiques oraux, qui sont contre-indiqués pendant la grossesse ;
- programmer la grossesse avec Hb1C < 6,5 %, et prescription d'acide folique ;
- adapter les doses d'insuline si la patiente est déjà sous insuline ;
- faire le bilan des complications du diabète (*cf.* item 233 « Diabète sucré de type 1 et 2 ») : micro- et macroangiopathie.

En cas de MAP, rappelez-vous que les bêtamimétiques sont CONTRE-INDIQUÉS car ils sont hyperglycémiants : prescrivez du Loxen® ou du tractocile.

La corticothérapie par Célestène® déséquilibre le diabète, augmente les besoins en insuline mais est nécessaire au bébé de mère diabétique généralement moins mature.

Enfin, pensez à toutes les complications aiguës du diabète qui sont presque plus fréquentes chez la femme enceinte du fait des variations des besoins en insuline au cours de la grossesse : hypoglycémie, acidocétose diabétique…

En conclusion, question à bien connaître car très transversale : questions d'éducation, de nutrition, d'endocrinologie, d'obstétrique.

ITEM 17

Complications de la grossesse : fièvre pendant la grossesse

Objectifs : Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge des principales complications de la grossesse :
– hémorragie génitale
– HTA gravidique
– prééclampsie
– menace d'accouchement prématuré
– diabète gestationnel
Argumenter les procédures diagnostiques et thérapeutiques devant une fièvre durant la grossesse.

Diagnostics à évoquer devant une fièvre chez une femme enceinte

Causes infectieuses :

- LISTÉRIOSE
- CHORIOAMNIOTITE AIGUË en cas de rupture prématurée des membranes
- PYÉLONÉPHRITE AIGUË
- SÉROCONVERSION TOXOPLASMIQUE
- SÉROCONVERSION cytomégalovirus (CMV)
- VIH
- appendicite aiguë
- gastroentérite aiguë
- grippe
- pathologie ORL
- bronchopneumopathie

Cause non infectieuse : PHLÉBITE DU MEMBRE INFÉRIEUR.

Bilan en l'absence de point d'appel clinique

N.B : Il faut toujours éliminer une listériose devant une fièvre chez une femme enceinte !

Bilan étiologique :
- NFS-plaquettes
- CRP
- bandelette urinaire et ECBU
- prélèvement vaginal
- HÉMOCULTURES AVEC RECHERCHE DE *LISTERIA*
- SÉROLOGIES TOXOPLASMOSE, CMV, SYPHILIS, HÉPATITES B et C
- SÉROLOGIES VIH 1 et 2 AVEC L'ACCORD DE LA PATIENTE
- Amniocator® et Prom-test® en cas de doute sur une rupture de la poche des eaux

Bilan de retentissement sur le fœtus :
- RCF : recherche une tachycardie fœtale et des signes de souffrance fœtale
- tocométrie externe : recherche des contractions
- échographie fœtale avec vérification de la vitalité fœtale par le score de Manning, et mesure de l'index amniotique

Traitement d'une fièvre sans orientation diagnostique

HOSPITALISATION en service de grossesse pathologique.

Mise en condition de la malade :
- chambre seule
- repos au lit
- voie veineuse périphérique

Traitement étiologique : ANTIBIOTHÉRAPIE PAR VOIE VEINEUSE (amoxicilline : Clamoxyl®), avec relais *per os* après 48 heures d'apyrexie pour une durée de 8 jours. L'antibiothérapie sera secondairement adaptée aux résultats de l'antibiogramme.

Traitement symptomatique : antipyrétique et antalgique (paracétamol : Doliprane®) *per os.*

En cas de menace d'accouchement prématuré associée : tocolyse IVSE par inhibiteurs calciques associée à une prévention de la maladie des membranes hyalines (corticothérapie : Célestène® pendant 48 heures).

Surveillance.

Traitement d'une pyélonéphrite aiguë au cours de la grossesse

HOSPITALISATION en service de grossesse pathologique.

Mise en condition de la malade :

- repos au lit
- voie veineuse périphérique
- bonne hydratation par voie veineuse en plus des apports *per os*

Traitement étiologique = ANTIBIOTHÉRAPIE :

- CÉPHALOSPORINE DE TROISIÈME GÉNÉRATION : ceftriaxone (Rocéphine®), 1 g 2 ×/j
- relais *per os* après 48 heures d'apyrexie par céfixitim (Oroken®) pour une durée de 15 jours
- l'antibiothérapie sera secondairement adaptée aux résultats de l'antibiogramme
- association avec aminoside possible et souvent réalisée pendant 48 heures car MAP sur pyélonéphrite est une pyélonéphrite avec signes de gravité (peu de risques pour la mère et le fœtus)

Traitement symptomatique = antipyrétique et antalgique : paracétamol (Doliprane®) *per os.*

En cas de menace d'accouchement prématuré associée :

- tocolyse IVSE par inhibiteurs calciques associée à une prévention de la maladie des membranes hyalines
- corticothérapie maturative : Célestène® pendant 48 heures

Surveillance :

- clinique : fièvre, douleurs lombaires, contractions utérines, mouvements actifs fœtaux
- paraclinique : ECBU après 48 heures de traitement, à l'arrêt du traitement puis tous les 15 jours jusqu'à l'accouchement
- prévoir une échographie rénale pendant l'hospitalisation, ou en urgence si signe de colique néphrétique

Traitement d'une listériose

HOSPITALISATION en service de grossesse pathologique.

Mise en condition de la malade :

- chambre seule
- repos au lit
- voie veineuse périphérique

Traitement étiologique : ANTIBIOTHÉRAPIE PAR VOIE VEINEUSE (amoxicilline : Clamoxyl®) à forte dose avec relais *per os* après 48 heures d'apyrexie pour une durée de 21 jours

Surveillance : fièvre et RCF.



Le mot du conférencier

Le plus classique, c'est la pyélonéphrite aiguë ou l'appendicite aiguë, souvent associées à un tableau de MAP (ne pas oublier alors de rechercher et traiter la cause de la MAP).

Recherchez et traitez de manière préventive la listériose, qui reste une pathologie rare. Mais devant un tableau typique, on traite directement la pathologie diagnostiquée ; on a rarement une pyélonéphrite et une listériose en même temps (attention, les C3G ne sont pas actives sur la *Listeria*).

Pour rappel : en cas d'allergie à la pénicilline, prescrivez des macrolides type érythromycine.

Évitez au maximum l'Augmentin®, surtout à quelques jours d'un accouchement possible.

NE JAMAIS TOCOLYSER UNE CHORIOAMNIOTITE AIGUË : on laisse accoucher la patiente sous couverture antibiotique, voire on réalise une césarienne en cas d'anomalie du RCF ou de nonmise rapide en travail. Mieux vaut un nouveau-né prématuré qu'infecté.

Il existe de rares cas de chorioamniotite à membranes intactes mais les tableaux les plus typiques sont dans le cadre des gestes intra-utérins (amniocentèse…) ou des ruptures prématurées des membranes :

- ça se rompt car c'est infecté (bilan au moment de la rupture) ;
- ou c'est rompu et ça peut s'infecter secondairement (surveillance et antibiothérapie).

ITEM 17

Complications de la grossesse : prééclampsie

Objectifs : Diagnostiquer et connaître les principes de prévention et de prise en charge des principales complications de la grossesse :
– hémorragie génitale
– HTA gravidique
– prééclampsie
– menace d'accouchement prématuré
– diabète gestationnel
Argumenter les procédures diagnostiques et thérapeutiques devant une fièvre durant la grossesse.

Diagnostic

Clinique :
- HYPERTENSION ARTÉRIELLE ≥ 140/90 mmHg à 2 reprises
- signes fonctionnels d'hypertension artérielle : céphalées, phosphènes, acouphènes
- œdèmes

Biologique : PROTÉINURIE à la bandelette urinaire confirmée par la PROTÉINURIE DES 24 HEURES > 0,30 g/24 h.

Critères de gravité clinique :
- pression artérielle diastolique > 100 mmHg
- céphalées frontales en casque
- réflexes ostéotendineux vifs
- douleur épigastrique en barre
- diminution des mouvements actifs fœtaux
- somnolence, obnubilation

Critères de gravité paraclinique :
- protéinurie supérieure à 1 g/24 heures
- anomalie du RCF
- Doppler ombilical puis cérébral pathologique
- retard de croissance sévère
- signes biologiques de *HELLP Syndrome*
- troubles de la coagulation
- HRP

Gynécologie-Obstétrique

Examens complémentaires

À visée diagnostique :
- PROTÉINURIE DES 24 HEURES
- ECBU : pour éliminer une protéinurie causée par une cystite aiguë

Recherche de complications :
- NFS-PLAQUETTES : recherche une anémie et une thrombopénie (HELLP syndrome)
- BILAN HÉPATIQUE : recherche une cytolyse aiguë (HELLP syndrome)

Retentissement sur le fœtus :
- ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE AVEC MESURE DES BIOMÉTRIES : recherche un RCIU, ÉTUDE DU PLACENTA (recherche un hématome rétroplacentaire) et mesure des INDEX DE RÉSISTANCE AUX DOPPLERS OMBILICAUX ET CÉRÉBRAUX
- RCF : recherche des signes de souffrance fœtale

Bilan de péridurale :
- NFS-plaquettes
- TP-TCA

Traitement

- HOSPITALISATION en URGENCE en maternité de niveau 3 si le terme est < 34 SA ou de niveau 2 si le terme est > 34 SA.
- Mise en condition :
  - repos au lit non strict
  - pose d'une voie veineuse périphérique
- TRAITEMENT DE LA PRÉÉCLAMPSIE : TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR par voie veineuse en cas d'hypertension artérielle menaçante ou *per os* en cas de tension limite : par exemple, inhibiteur calcique (nicardipine : Loxen®) ou antihypertenseur central (alphaméthyldopa : Aldomet®). La posologie sera adaptée à la tension artérielle après le traitement.
- PRÉVENTION DE LA MALADIE DES MEMBRANES HYALINES : CORTICOTHÉRAPIE (Célestène®) IM pendant 48 heures.
- Traitement anticonvulsivant en cas de signes cliniques de gravité : antiépileptique IV (diazépam : Rivotril®).
- SURVEILLANCE.
- EXTRACTION FŒTALE PAR CÉSARIENNE EN CAS DE RISQUE D'ÉCLAMPSIE IMMINENTE OU D'APPARITION D'UNE COMPLICATION.

Surveillance

Clinique : signes fonctionnels d'hypertension artérielle (céphalées, phosphènes, acouphènes), pesée quotidienne, tension artérielle, température, mouvements actifs fœtaux, contractions utérines. Évaluation des réflexes ostéotendineux et recherche d'une douleur épigastrique.

Paraclinique :

- protéinurie des 24 heures 1 fois/semaine
- NFS-plaquettes et bilan hépatique 2 fois/semaine
- RCF quotidien
- échographie pour mesure des index de résistance des Dopplers hebdomadaires
- échographie avec mesure des biométries tous les 15 jours

Indications de césarienne dans une prééclampsie

- Prééclampsie sévère avec signes d'éclampsie imminente : céphalées, obnubilation, réflexes ostéotendineux vifs, douleur épigastrique, hypertension artérielle très sévère malgré un traitement bien conduit.
- *HELLP syndrome.*
- HÉMATOME RÉTROPLACENTAIRE.
- Prééclampsie sévère après 37 SA : on peut également proposer un déclenchement pour un accouchement par voie basse, si les conditions locales sont favorables.



Le mot du conférencier

La prééclampsie est un des sujets vedettes de l'obstétrique, il est donc important de bien le connaître.

Erreurs classiques

- Ne pas hospitaliser la patiente chez qui on vient de diagnostiquer une prééclampsie. Il faut l'hospitaliser pour faire le bilan du retentissement, mettre en route le traitement antihypertenseur et récupérer les urines pendant 24 heures pour la protéinurie des 24 heures.

- Ne pas prescrire les corticoïdes pour la prévention de la rupture des membranes hyalines. Une femme qui fait une prééclampsie a quand même énormément de risques d'accoucher d'un enfant prématuré. En plus, aux ECN, vous êtes sûr qu'elle fera une complication et que ça se finira par une césarienne en urgence. Donc, prescrivez-les. Pour rappel : les corticoïdes se prescrivent de 24 à 34 SA, et ont un effet au bout de 12 heures, qui dure 3 semaines.
- Ne pas prescrire les corticoïdes au moment du passage en césarienne : c'est inutile, ils n'auront pas le temps d'agir !

Le piège classique : hypertension artérielle à 17 SA

Ce n'est pas une prééclampsie mais la découverte d'une HTA préexistante : la prééclampsie ne peut apparaître qu'après 21 SA !

Si vous avez un dossier avec une femme souffrant d'une HTA, pensez à modifier le traitement. Pour rappel : LES IEC ET LES DIURÉTIQUES SONT CONTRE-INDIQUÉS PENDANT LA GROSSESSE.

Complications de la prééclampsie

Celles posées en dossier sont en général l'HRP et le *HELLP syndrome*. Les diagnostics en sont faciles :

- *HELLP syndrome :* diagnostic biologique (anémie, thrombopénie et cytolyse hépatique) ;
- HRP :
  - diagnostic clinique : utérus de bois, douleur, métrorragies noires ;
  - diagnostic paraclinique : visualisation de l'HRP.

Les pièges sont que les deux peuvent s'associer ! Le *HELLP syndrome* est un grand facteur de risque d'HRP. Dans l'énoncé parfois, on ne vous donne pas tout le bilan donc sachez y penser devant une anémie et une thrombopénie même si on ne vous donne pas le bilan hépatique. Pour l'HRP : le piège classique est que DANS LA MAJORITÉ DES CAS, ON NE LE VOIT PAS À LA PHASE AIGUË, donc UNE ÉCHOGRAPHIE NORMALE N'ÉLIMINE PAS LE DIAGNOSTIC D'HRP !

Dans les 2 cas, la conduite à tenir est la même :

- fœtus en vie : extraction par césarienne en urgence pour sauvetage maternel et fœtal ;
- si le fœtus est mort : accouchement par voie basse si conditions locales (col) très favorables sinon césarienne.

En cas de signes d'éclampsie, de *HELPP syndrome* sévère ou d'HRP sévère, la patiente doit être surveillée en réanimation pendant 24 à 48 heures.

Enfin, dernier piège, l'éclampsie peut survenir dans les 21 jours (le plus souvent dans les 48 premières heures) qui suivent l'accouchement : donc méfiance si la femme se met à convulser en *post-partum*.

ITEM 196

Douleurs abdominales aiguës chez une femme enceinte

Objectifs : *Diagnostiquer une douleur abdominale aiguë chez une femme enceinte.*
Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

Étiologies

Étiologies en rapport avec la grossesse :

- CONTRACTIONS UTÉRINES
- HÉMATOME RÉTROPLACENTAIRE
- SIGNE DE CHAUSSIER DANS LE CADRE D'UNE PRÉÉCLAMPSIE
- NÉCROBIOSE ASEPTIQUE D'UN FIBROME
- stéatose hépatique aiguë gravidique (SHAG)
- torsion d'annexe

Étiologies digestives :

- appendicite aiguë
- ulcère gastroduodénal
- colique hépatique et cholécystite aiguë
- pancréatite aiguë
- douleurs fonctionnelles liées à la constipation

Étiologies urinaires :

- PYÉLONÉPHRITE AIGUË
- COLIQUE NÉPHRÉTIQUE

Étiologies vasculaires :

- dissection aortique
- anévrisme aortique



Le mot du conférencier

Question extrêmement vague dans son énoncé, pouvant justifier n'importe quel dossier aux ECN, comme la dissection aortique, qui est déjà tombée, ou l'anévrisme de l'aorte chez la femme enceinte.

Cette question regroupe finalement toutes les pathologies abdominales aiguës !

Méfiez-vous du SHAG, puisqu'en ce moment, les dossiers atypiques sont à la mode.

Ce cours est en général absent de vos polys d'internat, voilà donc une petite fiche dessus.

Stéatose hépatique aiguë gravidique (SHAG)

- Seule hépatopathie gravidique responsable d'insuffisance hépatique aiguë.
- Prévalence : 1/1 000 à 1/10 000, souvent lors de grossesse avec un fœtus mâle ou de grossesse gémellaire.

Clinique

- À partir du 5e mois, le plus souvent à partir de 28 SA.
- Souvent précédée par des contractions utérines.
- Apparition d'une polydipsie supérieure à 3 L/j, très bien tolérée et souvent non signalée spontanément par la patiente.
- Nausées, vomissements.
- Douleurs abdominales hautes (rares).
- Prurit inconstant.
- Manifestation d'HTA gravidique (rare).

Biologie

- Parfois précédée de plusieurs jours ou semaines par une hyperuricémie et une augmentation des transaminases asymptomatiques.
- Aminotransférases augmentées à 25N.
- Bilirubinémie normale ou peu augmentée.
- Facteurs de coagulation normaux ou peu abaissés.
- Créatinémie normale.
- Leucocytose normale.
- Hyperuricémie.

Imagerie

Échographie hépatique normale.

À ce stade, la condition fœtale est normale, l'extraction peut être retardée de plusieurs jours sous surveillance : survie fœtale de 100 %.

Si le diagnostic n'est pas suspecté à ce stade, l'aggravation est inéluctable.

Évolution

- En quelques jours à 2 semaines : accentuation des symptômes maternels avec apparition d'un ictère à bilirubine conjuguée.
- Hyperleucocytose toujours présente.
- Hyperuricémie toujours présente.
- Créatininémie augmentée toujours présente.
- TP < 50 %.
- Les facteurs II, VII et X s'effondrent.
- Thrombopénie < 100 000 /mm sans hémolyse.
- Échographie : hyper-échogénicité hépatique inconstante.
- La TDM peut parfois détecter la stéatose hépatique.

À ce stade, le fœtus est encore vivant, parfois hypotrophe. Une souffrance fœtale aiguë peut apparaître brusquement. Si la césarienne est réalisée rapidement, le pronostic maternel est encore bon, malgré des risques de complications : hémorragie, ascite, insuffisance rénale aiguë et surinfection bactérienne.

Si la grossesse n'est pas interrompue rapidement, l'aggravation se poursuit :

- ascite par hypertension portale ;
- insuffisance rénale ;
- trouble de la vigilance voire coma.

Le risque de décès maternofœtal est élevé. La mort *in utero* accroît encore la gravité maternelle : extraction du fœtus immédiate par césarienne, puis prise en charge réanimatoire de la mère.

ITEM 19

Troubles psychiatriques de la grossesse et du *post-partum*

Objectifs : Dépister les facteurs de risque prédisposant à un trouble psychique de la grossesse ou du post-partum.
Reconnaître les signes précoces d'un trouble psychique en période anténatale et post-natale.

Diagnostic du *post-partum blues*

Terrain : absence d'antécédent psychiatrique.

Histoire de la maladie : débute le troisième jour du *post-partum* en même temps que la montée laiteuse.

Clinique :

- tristesse et crises de larmes
- angoisses sur ses capacités à s'occuper de l'enfant et sur sa normalité
- plaintes hypochondriaques

Signes négatifs :

- EXAMEN CLINIQUE NORMAL
- ABSENCE DE CAUSE ORGANIQUE
- ABSENCE D'ÉTAT CONFUSIONNEL
- ABSENCE D'ÉLÉMENT DÉLIRANT
- ABSENCE DE SENTIMENT FORT DE CULPABILITÉ
- ABSENCE D'ÉVITEMENT DE L'ENFANT
- ABSENCE DE PHOBIE DE BLESSER L'ENFANT

Prise en charge du *post-partum blues*

- Poursuite normale des soins de suites de couches.
- ATTITUDE DE RÉASSURANCE ET DE SOUTIEN.
- Consultation avec un psychologue proposée.
- Pas d'indication à un traitement médicamenteux.
- SURVEILLANCE : APPARITION DE SIGNES EN FAVEUR D'UNE PSYCHOSE DU *POST-PARTUM* OU D'UNE DÉPRESSION DU *POST-PARTUM.*

Diagnostic de la dépression du *post-partum*

Terrain : antécédent de dépression.

Histoire de la maladie : apparaît entre 3 et 6 semaines après la naissance.

Clinique :

- TROUBLES DE LA PRÉSENTATION : visage peu expressif, discours ralenti, rareté des mouvements
- RALENTISSEMENT PSYCHIQUE
- HUMEUR DÉPRESSIVE AVEC SENTIMENT DE CULPABILITÉ ET AUTODÉVALORISATION : peur de blesser l'enfant, amenant à des conduites d'évitement des soins
- TROUBLES CORPORELS : troubles du sommeil, perte des intérêts, baisse de la libido

Signes négatifs : ABSENCE D'ÉLÉMENTS DÉLIRANTS.

Traitement de la dépression du *post-partum*

- HOSPITALISATION EN UNITÉ MÈRE-ENFANT EN CAS DE DÉPRESSION SÉVÈRE AVEC RISQUE SUICIDAIRE.
- En cas de risque suicidaire : URGENCE THÉRAPEUTIQUE.
- PAS DE SÉPARATION MÈRE/ENFANT.
- ARRÊT DE L'ALLAITEMENT : restriction hydrique, bandage des seins.
- Traitement étiologique :
  - ANTIDÉPRESSEURS TRICYCLIQUES : clomipramine (Anafranil®) *per os*
  - ANXIOLYTIQUES : BENZODIAZÉPINES (bromazépam : Lexomil®) *per os* si besoin
  - psychothérapie de soutien
- Surveillance.

Diagnostic de la psychose du *post-partum*

Terrain = présence de facteurs de risque :

- primipare
- âge supérieur à 30 ans
- situation économique précaire
- antécédent familial de schizophrénie
- antécédent de bouffée délirante aiguë
- personnalité *borderline* ou immature

- accouchement difficile avec forceps, et/ou manœuvres obstétricales, déchirure voire lésions périnéales : à l'origine d'un vécu difficile de l'accouchement

Histoire de la maladie :

- début brutal
- au dixième jour du *post-partum*
- ± précédée d'un *post-partum blues*

Clinique = TABLEAU DE BOUFFÉE DÉLIRANTE AIGUË, avec :

- CONFUSION
- DÉSORIENTATION TEMPOROSPATIALE
- FAUSSES RECONNAISSANCES
- FLUCTUATIONS THYMIQUES TRÈS RAPIDES
- DÉLIRE ONIROÏDE : aigu, avec intuitions et hallucinations, thème : le nouveau-né (ce n'est pas mon enfant...), non systématisé, avec des réactions affectives (risque d'infanticide ou de suicide)

Signes négatifs :

- ABSENCE D'AUTOCULPABILITÉ
- ABSENCE DE RALENTISSEMENT PSYCHIQUE

Traitement de la psychose du *post-partum*

- URGENCE THÉRAPEUTIQUE : RISQUE DE SUICIDE ET D'INFANTICIDE. ⚠
- HOSPITALISATION en psychiatrie.
- Hospitalisation à la demande d'un tiers en cas de refus de la patiente.
- SÉPARATION MÈRE/ENFANT. ⚠
- ARRÊT DE L'ALLAITEMENT : restriction hydrique, bandage des seins.
- Prévention du risque suicidaire.
- Traitement étiologique :
  - NEUROLEPTIQUE ANTIDÉLIRANT : halopéridol (Haldol®) IM
  - NEUROLEPTIQUE SÉDATIF : chlorpromazine (Largactil®) IM
  - relais *per os* à distance
  - durée du traitement : 6 mois
  - sismothérapie en cas d'échec
- Psychothérapie de soutien pour la patiente et la famille.
- Après amélioration clinique : levée progressive de l'isolement familial.
- Surveillance.

Bilan devant un état confusionnel du *post-partum*

Il faut ÉLIMINER EN URGENCE :

- une RÉTENTION PLACENTAIRE :
  - clinique : abondance des lochies
  - paraclinique : ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE
- une INFECTION :
  - clinique :
    - prise de la température
    - recherche de signes d'endométrite aiguë : palpation du fond utérin, examen des lochies
    - recherche de signes de galactophorite aiguë : examen des seins bilatéral et comparatif
    - recherche d'adénopathies axillaires
    - examen du lait : signe de Budin
    - recherche d'une méningite : raideur rachidienne, présence de céphalées, photophobie, vomissements
    - recherche d'une infection pulmonaire (syndrome de Mendelson) : auscultation pulmonaire bilatérale
  - paraclinique :
    - bilan infectieux avant toute antibiothérapie : NFS-PLAQUETTES, CRP, 3 HÉMOCULTURES PÉRIPHÉRIQUES en milieu aérobie et anaérobie avant si fièvre supérieure à 38,5 °C, répétées en cas de frissons, ECBU, PRÉLÈVEMENTS DES LOCHIES
    - radiographie du thorax si point d'appel clinique
    - ponction lombaire si point d'appel clinique
- une THROMBOPHLÉBITE CÉRÉBRALE :
  - clinique :
    - examen neurologique
    - présence de céphalées
    - crise convulsive
  - paraclinique : SCANNER CÉRÉBRAL AVEC INJECTION DE PRODUIT DE CONTRASTE



Le mot du conférencier

Sujet en général bien maîtrisé par les étudiants. La psychose est de diagnostic aisé du fait de la composante délirante souvent très marquée dans les dossiers. Le problème rencontré par les étudiants est le plus souvent la distinction entre le blues du *post-partum* et la dépression du *post-partum* :

- le blues du *post-partum* se présente comme un tableau léger avec des pleurs chez une femme sans antécédent et ce sera en *post-partum* immédiat ;
- les éléments qui doivent vous faire penser à une dépression du *post-partum* sont le ralentissement psychomoteur et la peur de blesser l'enfant, associés aux conduites d'évitement.

Règles de prescription des traitements psychotropes au cours de la grossesse

TOUS LES PSYCHOTROPES PASSENT LA BARRIÈRE PLACENTAIRE. Il faut donc se méfier de leurs effets tératogènes, toxiques et du syndrome de sevrage du nouveau-né. Donc toujours peser la balance bénéfice/risque.

Anxiolytiques

Choisir en première intention des molécules ayant une demi-vie courte, comme les benzodiazépines (Séresta® ou Témesta®), en utilisant les doses minimales, en particulier au troisième trimestre de la grossesse : risque d'hypotonie, de détresse respiratoire et de syndrome de sevrage du nouveau-né.

Les autres molécules peuvent être prescrites en cas de nécessité mais le risque de syndrome de sevrage est plus élevé.

L'Atarax® est déconseillé au premier trimestre de la grossesse.

Antidépresseurs

Choisir en première intention les tricycliques (Anafranil®) à faible dose en fin de grossesse à cause de leurs effets atropiniques.

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont tératogènes donc très fortement déconseillés.

Neuroleptiques

Les neuroleptiques classiques (Haldol®, Tercian®, Largactil®) peuvent être prescrits au cours la grossesse de préférence en monothérapie et aux doses minimales. Évitez les neuroleptiques atypiques.

Thymorégulateurs

Ils sont tératogènes, donc contre-indiqués au premier trimestre ! Le lithium doit toujours être prescrit avec une contraception efficace. La grossesse doit être programmée une fois que la patiente est stable. Le lithium entraîne une malformation cardiaque : la maladie d'Ebstein. Aussi, en cas de prise au cours du premier trimestre, il faut faire une échographie cardiaque fœtale entre 16 et 18 SA. Pendant la suite de la grossesse, pensez à surveiller régulièrement la lithiémie.

N.B : La sismothérapie peut être utilisée en dernier recours mais, au-delà de 6 mois, il faut prévenir le risque d'accouchement prématuré par une tocolyse IV.

ITEM 20

Prévention des risques fœtaux : cytomégalovirus (CMV)

Objectifs : *Expliquer les éléments de prévention vis-à-vis des infections à risque fœtal. Préciser les particularités de la pharmacocinétique des médicaments chez la femme enceinte et les risques des médicaments durant la grossesse. Donner une information sur les risques liés au tabagisme, à l'alcool, à la prise de médicaments ou de drogues, à l'irradiation maternelle pour la mère et le fœtus.*

Mesure de prévention de l'infection à CMV

Éviter le contact avec les larmes et la salive des enfants en bas âge.

Conduite à tenir devant une séroconversion à CMV

- Information des parents sur les risques encourus par le nouveau-né.
- Surveillance échographique tous les 15 jours complétée par une IRM vers 29 à 32 SA si l'infection a eu lieu dans la première moitié de la grossesse : à la recherche d'une anomalie de mauvais pronostic.
- L'amniocentèse n'est pas obligatoire vu ses propres risques : proposée vers 20-22 SA pour les infections du premier trimestre, sinon attendre au moins 2 mois après la découverte de la primo-infection. Toujours attendre que la virémie maternelle soit négative. Sa positivité confirme le diagnostic mais ne préjuge pas du pronostic.
- Amniocentèse obligatoire si anomalie fœtale pour confirmer le diagnostic si les parents désirent une IMG.
- À la naissance : recherche du CMV dans les urines et les larmes du nouveau-né pour confirmer ou réfuter l'infection congénitale à CMV.



Le mot du conférencier

Dossier sur une pathologie fréquente mais avec peu de questions possibles. Il n'y a, en effet, pas de traitement, la prévention est extrêmement réduite. Même la prise en charge est encore discutée : l'amniocentèse entraîne un risque de mort fœtale *in utero*, de chorioamniotite aiguë, de prématurité. L'infection à CMV avec atteinte fœtale est fréquente et le plus souvent asymptomatique : 1 % des nouveau-nés excrètent du CMV dans leurs urines. L'infection congénitale est asymptomatique dans 85 à 90 % des cas à la naissance, mais peut se révéler ultérieurement dans 5 à 10 % des cas, sous forme de séquelles neurosensorielles. Donc, l'amniocentèse ne doit être faite qu'en cas d'atteinte échographique et si les parents désirent une IMG. En pratique, si on vous pose la question aux ECN, répondez que vous la proposez aux parents en les informant des risques liés à l'examen et du risque limité de conséquences en cas d'infection fœtale.

ITEM 20

Prévention des risques fœtaux : herpès génital

Objectifs : *Expliquer les éléments de prévention vis-à-vis des infections à risque fœtal. Préciser les particularités de la pharmacocinétique des médicaments chez la femme enceinte et les risques des médicaments durant la grossesse. Donner une information sur les risques liés au tabagisme, à l'alcool, à la prise de médicaments ou de drogues, à l'irradiation maternelle pour la mère et le fœtus.*

Traitement de la primo-infection chez la femme enceinte

- Traitement antiviral local : Zovirax® crème, et *per os* : Zovirax® pendant une semaine.
- Antalgique : paracétamol (Dafalgan®) *per os* si douleur.

Traitement d'une récurrence d'herpès génital

- La récurrence sera traitée en traitement local par Zovirax® crème.
- Après 36 SA, les récurrences seront traitées par un traitement *per os* du fait du haut risque de rupture des membranes et de début de travail à ce terme.

Comment confirmer le diagnostic d'herpès génital

- PRÉLÈVEMENT PAR BROSSAGE DU FOND DES LÉSIONS ÉVOCATRICES : mise en milieu de culture spécifique.
- MISE EN ÉVIDENCE DU VIRUS ET DE SON EFFET CYTOPATHOGÈNE :
  - mise en évidence d'inclusions intranucléaires sur frottis
  - mise en évidence de l'effet cytopathogène en 3 jours



Le mot du conférencier

Là encore, situation fréquente en salle de travail, mais pas de quoi faire un dossier complet aux ECN. *A priori*, si on veut vous poser cette question aux ECN, on la présentera comme un antécédent d'herpès génital avec éventuellement une récurrence pendant la grossesse. Et on vous posera indirectement la question sur la voie d'accouchement.

Au moment de l'accouchement, toute la filière génitale doit être soigneusement examinée afin de vérifier l'absence de lésion et un prélèvement spécifique doit être réalisé en cas d'antécédent.

Si une lésion est visible le jour de l'accouchement ou la semaine avant l'accouchement, la femme doit accoucher par césarienne sous Zovirax® IV. La césarienne est également indiquée en cas de primo-infection dans le mois qui précède l'accouchement.

En cas de rupture de la poche des eaux de plus de 6 heures, il est trop tard pour faire une césarienne : la femme peut donc accoucher par voie basse. On considère, en effet, qu'au-delà de ce délai, le fœtus est déjà infecté.

ITEM 20

Prévention des risques fœtaux : VIH

Objectifs : *Expliquer les éléments de prévention vis-à-vis des infections à risque fœtal.*
Préciser les particularités de la pharmacocinétique des médicaments chez la femme enceinte et les risques des médicaments durant la grossesse.
Donner une information sur les risques liés au tabagisme, à l'alcool, à la prise de médicaments ou de drogues, à l'irradiation maternelle pour la mère et le fœtus.

Risques de transmission au nouveau-né

- 16 % sans traitement.
- 6 % sous AZT seul.
- 2 à 3 % sous trithérapie.



Le mot du conférencier

La grossesse d'une femme VIH + n'est pas différente de celle d'une femme séronégative sur le plan des complications obstétricales.

Le point principal est le traitement antiviral :

- si la femme est déjà sous trithérapie : elle sera poursuivie pendant la grossesse ;
- si la femme n'a pas de traitement :
  - CD4 < 350 ou ARN VIH > 30 000 copies/mL : débuter une trithérapie ;
  - CD4 > 350 et ARN VIH < 30 000 copies/mL : débuter l'AZT au troisième trimestre.

Pensez également au frottis cervicovaginal : l'incidence du cancer du col est augmentée chez les femmes séropositives et le cancer du col n'empêche pas une grossesse.

L'accouchement se fait sous perfusion d'AZT. La césarienne pour diminuer le risque de transmission *per-partum* est discutée mais en pratique toujours faite. La seule indication où on peut accorder la voie basse est une femme sous trithérapie avec une charge virale indétectable.

L'allaitement est contre-indiqué car le virus passe dans le lait.

Le nouveau-né reçoit un traitement par AZT pendant 6 semaines, après vérification des transaminases et de la numération.

Le traitement par AZT peut être arrêté en suites de couches s'il était prescrit uniquement de façon prophylactique.

ITEM 20

Prévention des risques fœtaux : rubéole

Objectifs : *Expliquer les éléments de prévention vis-à-vis des infections à risque fœtal.*
Préciser les particularités de la pharmacocinétique des médicaments chez la femme enceinte et les risques des médicaments durant la grossesse.
Donner une information sur les risques liés au tabagisme, à l'alcool, à la prise de médicaments ou de drogues, à l'irradiation maternelle pour la mère et le fœtus.

Prévention

- VACCINATION DES ENFANTS.
- DÉPISTAGE OBLIGATOIRE AU COURS DE L'EXAMEN PRÉNUPTIAL : ÉDUCATION DES PATIENTES et PROPOSITION DE VACCINATION EN CAS DE SÉRONÉGATIVITÉ, qui sera suivie d'une contraception efficace pendant 3 mois.
- En cas de séronégativité découverte en début de grossesse : réalisation d'une sérologie rubéole en cas d'apparition d'une éruption. Éviter le contact avec les enfants en bas âge.
- VACCINATION DANS LE *POST-PARTUM* IMMÉDIAT.

Conduite à tenir en cas de séroconversion

- Consultation en conseil génétique.
- Proposition d'interruption thérapeutique de la grossesse.



Le mot du conférencier

Là encore, peu de questions : la prévention. Il n'y a pas de traitement. En cas de séroconversion, l'atteinte est suffisamment grave pour proposer l'interruption thérapeutique de grossesse.

ITEM 20

Prévention des risques fœtaux : syphilis

Objectifs : *Expliquer les éléments de prévention vis-à-vis des infections à risque fœtal.*
Préciser les particularités de la pharmacocinétique des médicaments chez la femme enceinte et les risques des médicaments durant la grossesse.
Donner une information sur les risques liés au tabagisme, à l'alcool, à la prise de médicaments ou de drogues, à l'irradiation maternelle pour la mère et le fœtus.

Diagnostic clinique de syphilis à la phase primaire

- CHANCRE SYPHILITIQUE sur la vulve : érosion à surface lisse, propre, indurée, indolore.
- Adénopathie satellite.

Prévention

- ÉDUCATION DES PATIENTS : rapports sexuels protégés et consultation spécialisée précoce pour toute lésion génitale.
- Sérologie de dépistage en début de grossesse.

Conséquences fœtales de cette infection au cours de la grossesse

- Fausse couche tardive.
- Mort fœtale *in utero.*
- PRÉMATURITÉ.
- SYPHILIS CONGÉNITALE.

Traitement d'une femme enceinte

- Hospitalisation en service de grossesses pathologiques.
- Mise en condition : repos.

- Traitement étiologique :
  - antibiothérapie efficace sur le tréponème : biclinocilline pendant 15 jours
  - prévention de la réaction d'Herxheimer : corticoïde en début de traitement
- Surveillance

N.B : En cas de traitement avant 6 mois, une seconde cure sera réalisée après 6 mois de grossesse.



Le mot du conférencier

Question la plus importante dans cet item avec la toxoplasmose. En effet, on pensait que la syphilis avait quasiment disparu, mais en fait non : on observe une augmentation rapide de son incidence depuis quelques années. Donc, méfiance, cela ferait un très beau chapitre croisé avec de la dermatologie, et le dépistage des autres IST.

Les pièges de ce dossier résident principalement dans les sérologies et leur gestion.

- Rappelez-vous qu'il y a un délai entre l'apparition du chancre et la positivité des sérologies :
  - TPHA : 10 à 14 jours ;
  - VRDL : 14 à 21 jours après l'apparition du chancre ;
  - FTA-abs : 8 à 10 jours après le chancre ;
  - test de Nelson : 25 à 45 jours après le chancre.
- Donc, en cas de lésion évocatrice à sérologies négatives : refaire les sérologies 2 semaines plus tard.
- De même, n'oubliez pas les étiologies des fausses sérologies positives : GROSSESSE, infections (leishmaniose, borréliose...), vaccinations, maladies auto-immunes (lupus, polyarthrite rhumatoïde, syndrome des antiphospholipides).

ITEM 20

Prévention des risques fœtaux toxiques

Objectifs : *Expliquer les éléments de prévention vis-à-vis des infections à risque fœtal.*
Préciser les particularités de la pharmacocinétique des médicaments chez la femme enceinte et les risques des médicaments durant la grossesse.
Donner une information sur les risques liés au tabagisme, à l'alcool, à la prise de médicaments ou de drogues, à l'irradiation maternelle pour la mère et le fœtus.

Informations à donner à la patiente sur les conséquences de l'alcool sur le fœtus

L'alcoolisme maternel peut avoir des conséquences *in utero* qui se répercuteront tout au long de la vie de l'enfant.

Anomalies *in utero* **:**

- augmentation de la mortinatalité et de la mortalité néonatale (avec une augmentation des HRP)
- diminution du poids de naissance, du périmètre crânien, et de la taille
- augmentation des lésions cérébrales chez les prématurés < 31 SA si consommation forte (≥ 7 verres/semaine ou > 3 verres/occasion)
- risque d'hémorragies intraparenchymateuses x 6
- risque de leucomalacie périventriculaire x 9
- bradypnée par dépression du SNC (taux alcoolémie fœtale)

Anomalies néonatales : syndrome de sevrage néonatal (hyperactivité, hyperexcitabilité, trémulations, cris inconsolables, troubles de la succion et de la déglutition).

Anomalies à long terme :

- dysmorphie faciale liée au syndrome d'alcoolisation fœtale
- neurologiques :
  - enfants jusqu'à 4 ans : 7 points de QI SAF *versus* témoins, déficit de l'attention, troubles neurologiques mineurs, troubles de l'attachement mère-enfant (irritabilité, sommeil, alimentation), séparation d'avec les parents (orphelin, placement, quart-monde)

- préadolescents : troubles de la scolarité et de la socialisation (irritabilité, impulsivité, agressivité), même pour les syndromes d'alcoolisation fœtale partielle
- adolescents et adultes : 100 % de débilité dans les SAF graves, QI très diminué (médiane 75, arriération profonde, 6 % en classes normales), troubles de la socialisation constants (judiciaires, sexuels, psychiatriques)

Informations à donner sur les conséquences du tabac sur la grossesse

- Augmentation de l'incidence de la grossesse extra-utérine.
- Augmentation de l'incidence des fausses couches spontanées.
- Augmentation de l'incidence des *placenta prævia*.
- Pas de rôle tératogène prouvé.
- Diminution du poids de naissance.
- Augmentation de l'incidence des morts subites du nourrisson.
- Augmentation de l'incidence des infections pulmonaires chez les nouveau-nés.



Le mot du conférencier

L'étude de l'alcoolisme chez la femme enceinte est difficile car les réponses ne sont pas toujours honnêtes : les patientes savent très bien qu'il ne faut pas boire, mais elles se disent qu'un verre, ce n'est rien. Seulement ce qu'elles ignorent, c'est que la concentration d'alcool dans le liquide amniotique est dix fois supérieure à celle du sang maternel : « Quand la mère est gaie, le fœtus est ivre... »

La principale complication est le syndrome d'alcoolisation fœtale. Cette complication se lit sur le visage des enfants, puis des adultes, car il donne des dysmorphies faciales qui persistent à vie.

Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)

Son incidence est de 1 à 3 ‰ en France.

Diagnostic anténatal

- RCIU précoce (5e-10e p) : dysmorphie craniofaciale (écho-3D, cliché de profil).
- Recherche de malformations (25 %) (sévérité) :
  - cardiaque : défaut septal ;
  - squelettiques : synostose RC, mains bottes, épiphyses ponctuées, anomalies vertébrales, thorax en carène ;
  - urogénitales : rein en fer à cheval, duplication pyélique, hypospadias, cryptorchidie ;
  - cutanées : angiome, hirsutisme ;
  - agénésie du corps calleux, *spina bifida*.

Diagnostic clinique à la naissance

- Dysmorphie craniofaciale +++ :
  - fentes palpébrales étroites ;
  - étage moyen de la face plat ;
  - philtrum absent ;
  - lèvre supérieure fine ;
  - épicanthus ;
  - racine du nez plate ;
  - anomalies mineures des oreilles ;
  - petit nez retroussé ;
  - micrognathie ;
  - rétrognathie.
- Retard de croissance :
  - harmonieux mais touchant surtout les os longs ++ ;
  - microcéphalies (sévères).
- Malformations (sévères) :
  - SNC : agénésie du corps calleux, hypoplasie du cervelet, holoprosencéphalie, spina bifida ;
  - ostéoarticulaires : synostoses RC ;
  - cardiaques : communication interauriculaire, communication interventriculaire, F4
  - yeux, oreilles, téguments ;
  - génito-urinaires.
- Retard mental et troubles du comportement (pouvant être isolés) :
  - syndrome de sevrage.
  - retard des acquisitions et instabilité psychomotrice.
  - retard mental (baisse du QI).

N.B : Si vous hospitalisez une patiente alcoolique en service de grossesse pathologique, n'oubliez pas la PRÉVENTION DU *DELIRIUM TREMENS*.

Conclusion

- L'alcool est le plus tératogène des produits d'addiction.
- Il entraîne une embryofœtopathie toxique avec troubles graves et définitifs du développement cognitif, du comportement et de la socialisation.
- Première cause de retard mental acquis de l'enfant.
- Évitable +++.
- Pas de dose seuil sans danger.
- Danger peu connu et peu recherché.
- But = abstinence totale.
- Prévention possible et facile (formation, repérage).
- Dépistage et prise en charge des nouveau-nés.
- Nécessité d'une action des pouvoirs publics.

ITEM 20

Prévention des risques fœtaux : toxoplasmose

Objectifs : *Expliquer les éléments de prévention vis-à-vis des infections à risque fœtal.*
Préciser les particularités de la pharmacocinétique des médicaments chez la femme enceinte et les risques des médicaments durant la grossesse.
Donner une information sur les risques liés au tabagisme, à l'alcool, à la prise de médicaments ou de drogues, à l'irradiation maternelle pour la mère et le fœtus.

Mesures de prévention

- Dépistage systématique en début de grossesse, avec réalisation de la sérologie toxoplasmose.
- En cas de séronégativité : contrôle mensuel de la sérologie toxoplasmose.
- Règles hygiénodiététiques préventives :
  - ne consommer que des viandes très cuites ou congelées préalablement
  - bien laver les légumes et les fruits consommés crus
  - se laver les mains après avoir manipulé des viandes crues ou des aliments souillés de terre
  - faire nettoyer et désinfecter quotidiennement la litière des chats par une tierce personne. Ne pas leur donner de viande crue. Éviter les contacts avec les chats
  - nettoyer et désinfecter régulièrement le réfrigérateur
  - porter des gants pour jardiner avec lavage des mains ensuite

Comment confirmer l'infection fœtale

- AMNIOCENTÈSE effectuée à partir de 18 SA et au moins 4 semaines après la contamination maternelle :
  - RECHERCHE DU PARASITE PAR PCR
  - TEST D'INOCULATION À LA SOURIS
- Information des parents sur les risques liés à l'amniocentèse.

Que dire aux parents sur les conséquences d'une infection fœtale à *Toxoplasma gondii*

- Les signes de fœtopathie sont d'autant plus fréquents et sévères que la transmission des parasites est précoce. Les infections transmises lors de la première moitié de la grossesse peuvent entraîner des morts ou des fœtopathies graves associant hydrocéphalie, calcifications intracrâniennes et choriorétinite. Si l'infection survient en fin de grossesse, elle est le plus souvent infraclinique ou bénigne (choriorétinite périphérique ou calcifications cérébrales sans retentissement neurologique).
- Au total, près de 80 % des enfants infectés n'ont à la naissance aucun signe clinique, mais la majorité subirait des réactivations de leur infection, essentiellement oculaires (choriorétinite) en l'absence de traitement.

Quel bilan faire après l'accouchement ?

- Examen clinique : en particulier neurologique.
- Biologie :
  - NFS-plaquettes
  - bilirubine
  - gamma-GT, LDH
  - ponction lombaire
  - sérologie spécifique : dosage des IgM sur le sang du cordon
  - mise en évidence du parasite : examen histologique du parasite, mise en culture et inoculation à la souris du sang prélevé sur le cordon et le placenta



Le mot du conférencier

Il faut y penser devant toute fièvre chez une femme enceinte…

Petit rappel de la prise en charge en fonction du résultat sérologique

- Présence d'IgG et absence d'IgM : immunité ancienne, pas de surveillance particulière, ni de conseil hygiéno-diététique particulier.
- Absence d'IgG et d'IgM = non immunisée : sérologie mensuelle et règles hygiénodiététiques.
- Présence d'IgG et d'IgM = infection maternelle évolutive :
  - traiter la patiente sans délai : Rovamycine®, 3 millions d'UI 3 fois/j ;
  - confirmer l'infection sur une deuxième sérologie de contrôle 15 jours plus tard ;
  - doser l'avidité des Ac pour dater l'infection en cas de première sérologie positive d'emblée en l'absence de sérologie antérieure récente.
- Absence d'IgG et présence d'IgM = le plus souvent réaction non spécifique des IgM : faire une deuxième sérologie de contrôle 15 jours plus tard.

SÉROCONVERSION = apparition d'IgG spécifiques entre 2 prélèvements.

Méthodes visant à identifier des IgG produites en début d'infection de celles qui caractérisent l'infection ancienne

- Mesure en ELISA de l'avidité des IgG qui augmente au cours de la réponse humorale, atteint une valeur maximale puis reste stable.
- Agglutination différentielle HS/AC : l'Ag AC est spécifique du tachyzoïte et caractérise la réponse humorale de primo-infection.

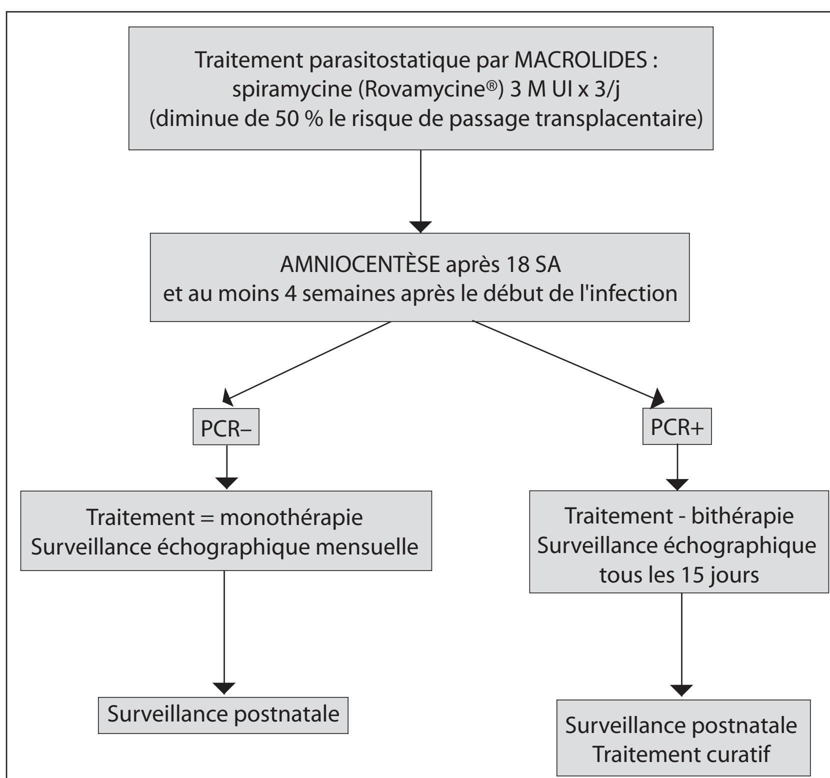
On peut vous présenter un dossier avec la prise en charge d'anomalies échographiques. Les signes les plus évocateurs de toxoplasmose (attention ces signes ne sont pas spécifiques) sont :

- dilatation ventriculaire évolutive par obstruction de l'aqueduc de Sylvius, bilatérale et symétrique, débutant au niveau des cornes occipitales, habituellement d'évolution rapide ;

- hydrocéphalie ;
- calcifications périventriculaires nodulaires ;
- microcéphalie ;
- zones échogènes correspondant à des foyers de nécrose.

Le schéma suivant résume la prise en charge, qui pose parfois des problèmes aux étudiants.

Prise en charge d'une séroconversion toxoplasmose chez la femme enceinte



Traitement par bithérapie parasiticide si PCR +

- Bithérapie pendant 4 semaines :
  - pyriméthamine (Malocide®) : 50 mg/jour ;
  - sulfadiazine (Adiazine®) : 3 g/jour ;
  - ou sulfadoxine + pyriméthamine : Fansidar® ;
  - acide folique (Lederfoline®) : 50 mg/semaine.
- Puis monothérapie pendant 2 semaines : spiramycine (Rovamycine®), 9 millions d'UI/jour.
- Surveillance :
  - NFS-plaquettes 2 fois/semaine ;
  - dermatologique : érythème polymorphe, syndrome de Lyell ;
  - échographie bimensuelle ± IRM cérébrale anténatale.

Interruption médicale de la grossesse

Elle sera discutée si :

- atteintes cérébrales évolutives sévères : dilatation ventriculaire ;
- terme présumé de séroconversion entre 10 et 16 SA.

ITEM 21

Prématurité et retard de croissance intra-utérin (RCIU)

Objectif : Expliquer les principaux facteurs de risque et les éléments de prévention de la prématurité et du retard de croissance intra-utérin.

Facteurs de risque de prématurité

Causes maternelles :

- facteurs de risque de MAP :
  - âge < 18 ans ou > 35 ans
  - antécédents de MAP, de fausse couche, d'IVG, de curetage
  - bas niveau socioéconomique
  - travail pénible, longs trajets au quotidien
  - enfant(s) à charge
  - grossesses rapprochées
  - grossesses multiples
- allo-immunisation Rhésus
- diabète
- infections urinaires et pyélonéphrite aiguë
- listériose
- HTA gravidique
- prééclampsie
- rupture prématurée des membranes
- béance cervico-isthmique

Causes fœtales :

- anomalies chromosomiques
- souffrance fœtale aiguë ou chronique
- retard de croissance *in utero*

Cause iatrogène : en cas de pathologie menaçant le pronostic maternel et/ou fœtal.

Gynécologie-Obstétrique

Principales complications liées à la prématurité

- Séquelles pulmonaires : détresse respiratoire aiguë transitoire, maladie des membranes hyalines, et à long terme dysplasie bronchopulmonaire.
- Séquelles neurologiques : hémorragie intraventriculaire, leucomalacie périventriculaire, retard psychomoteur.
- Troubles métaboliques (d'autant plus que mère diabétique) : hypoglycémie et hypocalcémie.
- Séquelles digestives : entéropathie, entérocolite ulcéronécrosante.

Prévention de la prématurité et de ses complications

- Interrogatoire soigneux à la recherche des facteurs de risque.
- Prise en charge de ces facteurs de risque.
- Suivi rigoureux de la grossesse avec les consultations obligatoires.
- Diagnostic et traitement des MAP.
- Congés prénataux et arrêt de travail pour les grossesses à risque.
- Cerclage en cas de béance cervicale.
- Prise en charge des pathologies maternelles et programmation des grossesses.
- Accouchement prématuré en maternité disposant d'une réanimation néonatale.

Facteurs de risque de RCIU

- Antécédents obstétricaux :
  - antécédent(s) de mort fœtale *in utero*
  - antécédent de RCIU
- Antécédents maternels :
  - malformation utérine
  - maladie auto-immune : lupus
  - thrombophilie
  - insuffisance cardiaque
  - HTA
  - insuffisance rénale
- Antécédents familiaux de maladie génétique.
- Tabagisme.
- Prise de toxique.
- Prise médicamenteuse : antithyroïdien de synthèse.
- Séronégativité pour la toxoplasmose, rubéole, syphilis, CMV et herpès.

Prévention des RCIU

- Interrogatoire soigneux en début de grossesse à la recherche de facteurs de risque.
- ÉDUCATION DE LA PATIENTE et du conjoint.
- Éviction des toxiques au cours de la grossesse.
- Vaccination antirubéole qui doit être proposée systématiquement en cas de séronégativité découverte au cours de l'examen prénuptial.
- Surveillance rigoureuse de la grossesse :
  - surveillance et prise en charge précoce d'une HTA
  - mesure de la hauteur utérine à chaque consultation : chercher une hauteur utérine plus petite que celle prévue au terme
  - surveillance mensuelle de la sérologie toxoplasmose en cas de séronégativité



Le mot du conférencier

Question large, puisque la prématurité est la principale complication de toutes les pathologies au cours de la grossesse. N'oubliez pas la cause iatrogène : pour sauvetage maternel et/ou fœtal, on peut être amené à extraire un enfant à n'importe quel terme. Avant 22 SA, rappelez-vous que le fœtus n'est pas réanimable, il s'agira donc d'une interruption médicale de grossesse pour sauvetage maternel.

Petit rappel de définitions souvent confuses

- **Prématurité :** accouchement avant 37 SA et après 22 SA avec un poids de plus de 500 g.
- **Grande prématurité :** accouchement avant 34 SA.
- **Limite de viabilité légale** autorisant une réanimation du fœtus : 22 SA et poids > 500 g (naissance à déclarer).
- **Hypotrophie :** valeur de l'estimation de poids fœtal ou du périmètre abdominal sous la courbe de référence au terme étudié. *In utero*, on ne parle que de SUSPICION D'HYPOTROPHIE FŒTALE. L'hypotrophie fœtale ne peut être affirmée qu'après la pesée à la naissance :
  - hypotrophie modérée : entre le 3e et le 10e percentile ;
  - hypotrophie sévère : inférieure au 3e percentile.
- **Retard de croissance :** RALENTISSEMENT de la croissance fœtale observée sur plusieurs échographies, fondé sur l'estimation du poids fœtal et sur la mesure du périmètre abdominal.

Il s'agit donc de grosses questions de cours où il faut quasiment citer toutes les complications que vous connaissez au cours de la grossesse.

Officiellement, le bilan du RCIU n'est pas au programme, mais méfiance quand même car il s'agirait du versant le plus intéressant de la question RCIU.

Bilan étiologique d'un RCIU

- Antécédents obstétricaux : malformations fœtales intra-utérines et RCIU.
- Antécédents maternels : maladie auto-immune, thrombophilie...
- Hauteur utérine.
- Échographies antérieures.
- Vérification du terme de la grossesse.
- BILAN INFECTIEUX :
  - sérologies EBV, CMV, toxoplasmose, rubéole et Ag Hbs ;
  - CRP.
- BILAN IMMUNOLOGIQUE :
  - anticorps antiphospholipides ;
  - anticorps antinucléaires ;
  - anticorps anti-DNA ;
  - anticoagulant circulant.
- BILAN VASCULORÉNAL :
  - NFS-plaquettes, bilan hépatique, glycémie, uricémie, ionogramme, et créatinémie ;
  - protéinurie.
- En cas de malformation fœtale : amniocentèse et conseil génétique.
- Pas de malformation fœtale : échographie avec estimation du poids fœtal, Doppler des artères utérines et Doppler ombilical : si celui-ci est pathologique, Doppler cérébral.
- En l'absence de contexte maternel évident, si le Doppler des artères utérines est normal et que le RCIU a débuté avant 24 SA, faire une amniocentèse avec analyse du caryotype avec recherche de 4p- et une analyse virale avec recherche de CMV par PCR sur liquide amniotique et dosage de l'interféron.

N.B : Un RCIU chez un des fœtus au cours d'une grossesse gémellaire doit faire rechercher une complication spécifique de la grossesse gémellaire qui s'appelle le SYNDROME DU TRANSFUSEUR-TRANSFUSÉ.

ITEM 22

Accouchement, délivrance et suites de couches normales

Objectifs : *Expliquer les différentes phases du travail et de l'accouchement.*
Argumenter la conduite à tenir devant un accouchement inopiné à domicile.
Argumenter la prise en charge d'une accouchée durant la période du post-partum.

Diagnostic de travail

Il s'agit d'une femme se présentant à terme avec des CONTRACTIONS UTÉRINES DOULOUREUSES RÉGULIÈRES, RYTHMÉES ET TOTALES, ASSOCIÉES À DES MODIFICATIONS CERVICALES.

Que doit-on vérifier en début de travail ?

- Dans le dossier :
  - le groupe sanguin maternel
  - le bilan de péridurale
  - la croissance fœtale dans les différentes échographies
  - le déroulement général de la grossesse
  - les antécédents de la patiente
  - le dépistage du streptocoque B
  - le dépistage du diabète gestationnel
  - l'injection de Rophylac® à 28 SA
  - les sérologies maternelles
- À l'examen :
  - recalculer le terme
  - toucher vaginal : état de dilatation du col
  - présentation fœtale : en cas de siège ou de grossesse gémellaire, vérifier l'accord voie basse et la radiopelvimétrie
  - spéculum : écoulement de liquide (couleur)
  - hauteur utérine
  - prise de la TA, de la température
  - recherche d'une albuminurie et d'une glycosurie
- Pose d'une tocométrie externe pour évaluer les contractions utérines, et un RCF pour évaluer le bien-être fœtal.

Gynécologie-Obstétrique

Surveillance du travail

- Dilatation au toucher vaginal horaire, qui doit être continue.
- Contractions utérines : 2 à 4 par 10 minutes.
- RCF : oscillations, accélérations en continu pour dépister une souffrance fœtale aiguë. En cas de doute, réalisation d'un pH au scalp ou pose d'une saturométrie.
- Présentation et hauteur dans l'excavation pelvienne.
- État de la poche des eaux.
- Couleur du liquide après la rupture de la poche des eaux, ainsi que son abondance, son odeur et la présence de métrorragies.
- Température.
- Tension artérielle et pouls.
- Diurèse.
- Douleur : qualité de l'analgésie. Absence d'effets indésirables : troubles respiratoires, hypotension artérielle.
- Dose d'ocytociques utilisée.
- Le tout est rapporté sur le partogramme.

Surveillance en suites de couches

Surveillance maternelle :

- signes généraux :
    - pouls
    - température
    - tension artérielle
- surveillance du globe utérin :
    - involution utérine et tonicité du globe
    - lochies : abondance, odeur, aspect (absence de pus, de mauvaises odeurs)
- surveillance du périnée :
    - surveillance de l'épisiotomie : absence d'écoulement purulent, de thrombus
    - recherche une dysurie, voire une rétention aiguë d'urines
- surveillance de l'allaitement : aspect des seins (tendus, douleur, surveillance de la montée laiteuse, absence de crevasses, de placard érythémateux, d'adénopathies, de signe de Budin)
- surveillance des membres inférieurs : absence de phlébite

Surveillance du nouveau-né :

- alimentation : efficacité de la tétée, nombre de tétées ou nombre de biberons
- poids
- température
- signes de souffrance

Inhibition de la lactation

- Prescription de bromocriptine (Parlodel®) dès le jour de l'accouchement : posologie progressive sur plusieurs jours à cause du risque d'hypotension orthostatique. Durée totale du traitement : 14 jours.
- Contre-indication : HTA sévère mal équilibrée.
- Surveillance : tension artérielle et efficacité du traitement.
- En cas d'arrêt en cours d'allaitement :
  - espacement progressif des tétées
  - bandage des seins associé à une restriction hydrique
  - massage aréolaire sous la douche
  - surveillance du risque d'engorgement mammaire



Le mot du conférencier

Dossier évident si vous avez suivi des femmes en salle de travail. C'est le meilleur moyen d'apprendre cette question.

Pas de pièges, il suffit de réciter des prises en charge extrêmement protocolaires.

Un petit mot sur la radiopelvimétrie

Elle explore les différents détroits du bassin maternel et la concavité du sacrum pour évaluer la capacité mobile fœtale à traverser la filière génitale sans risque de dystocie.

Indications

- Bassin explorable cliniquement : les doigts au cours du toucher vaginal suivent les lignes innominées jusqu'au promontoire.
- Présentation du siège.
- Grossesse multiple.

- Utérus cicatriciel.
- Antécédents de traumatismes du bassin.
- Suspicion de disproportion fœtopelvienne.
- Taille maternelle inférieure ou égale à 1,50 m.

Mesures

- Mesure du détroit supérieur :
  - diamètre transverse médian (DTM) ≥ 12,5 cm ;
  - diamètre promonto-rétropubien (PRP) ≥ 10,5 cm ;
  - indice de Magnin : DTM + PRP ≥ 23 cm.
- Mesure du détroit moyen : diamètre bisciatique ≥ 10 cm.
- Mesure du détroit inférieur : diamètre bi-ischiatique ≥ 10,8 cm.

Un bassin rétréci est un bassin avec une ou plusieurs de ces valeurs pathologiques. Il peut donc contre-indiquer l'accouchement par voie basse et faire préférer une césarienne. Les résultats sont à confronter aux biométries fœtales.

Contraception à la sortie de la maternité

- En cas d'allaitement, contre-indication aux œstroprogestatifs : prescription d'une pilule microprogestative hors contre-indications (par exemple : Cérazette®), débutée à la sortie de la maternité.
- En l'absence d'allaitement : la patiente peut prendre la pilule qu'elle souhaite en dehors de contre-indications propres à la patiente. Elle la commencera à J15 du *post-partum*.
- DIU possible posé 10 semaines après l'accouchement.
- L'Implanon® peut être posé en suites de couches le jour de la sortie et est compatible avec l'allaitement.

> N.B : Pensez à prescrire la rééducation périnéale à un mois du *post-partum*.

ITEM 23

Évaluation et soins du nouveau-né à terme

Objectifs : *Réaliser un examen complet du nouveau-né à terme.*
Reconnaître les situations nécessitant une prise en charge spécialisée.
Promouvoir la qualité des premiers liens affectifs parents-enfant.
Expliquer aux parents les bases de la puériculture.

Examen clinique initial

- Examen réalisé en *post-partum* immédiat.
- Objectifs : dépister une malformation, chercher des signes de détresse nécessitant une prise en charge réanimatoire, dépistage systématique de certaines pathologies.
- L'enfant est placé sur une table chauffante :
  - score d'Apgar à 1 minute, 5 minutes et 10 minutes
  - score de Silverman
  - vérification de la perméabilité des choanes : passage d'une sonde dans les narines. Aspiration des sécrétions
  - examen de la cavité buccale : vérifie l'absence de fente palatine
  - vérification de l'absence d'atrésie de l'œsophage : passage d'une sonde par la bouche dans l'œsophage. Prélèvement de liquide gastrique avec recherche bactériologique en cas de doute sur une infection maternofœtale
  - auscultation cardiaque et pulmonaire
  - vérification de la perméabilité de l'anus
  - examen général : vérifie l'absence de malformations évidentes (membres, mains, pieds, face, yeux, peau, organes génitaux externes)
  - mensurations : poids, taille, périmètre crânien

Pathologies recherchées par le test de Guthrie

- Hyperplasie congénitale des surrénales.
- Hypothyroïdie congénitale.
- Phénylcétonurie.
- Mucoviscidose.
- Drépanocytose.



Le mot du conférencier

Dans cette question, on peut vous demander de donner le score d'Apgar, en fonction des données de l'énoncé. Il est donc à connaître, de même que le score de Silverman.

Il est peu probable que l'on vous pose ce sujet sans un contexte très particulier comme une suspicion de mucoviscidose ou de trisomie 21.

ITEM 24

Allaitement et complications

Objectifs : Expliquer les modalités et argumenter les bénéfices de l'allaitement maternel. Préciser les complications éventuelles et leur prévention.

Composition du lait et différence avec le lait de vache

Le lait est composé :
- d'eau
- de glucides : en particulier le lactose
- de lipides
- de protéines : protéines nutritives spécifiques, caséines, lactoferrines, immunoglobulines, lyzozymes, hormones et facteurs de croissance
- d'oligoéléments
- de cellules immunocompétentes : lymphocytes, polynucléaires et macrophages

N.B : Le colostrum présent avant la montée laiteuse est pauvre en éléments nutritifs mais très riche en immunoglobulines.

Par rapport au lait de vache, dans le lait maternel, il y a :
- moins de protéines, en particulier les caséines (40 % *versus* 80 %)
- plus de lactoferrines, lyzozymes et immunoglobulines
- moins de vitamine D : nécessité d'une supplémentation pour éviter le rachitisme

En conclusion, le lait maternel est moins énergétique, mais plus adapté au nourrisson pour le renforcement de son système immunitaire.

Bénéfices de l'allaitement

- Confère une immunité passive par les cellules immunocompétentes, les lyzozymes et les immunoglobulines : diminution des infections digestives (gastro-entérites) et peut-être ORL et respiratoires.
- Élément positif de la relation mère-nouveau-né.
- Plus économique que le lait artificiel.

- Rôle dans la régulation des naissances puisque l'allaitement a un effet antigonadotrope.

Diagnostic d'un engorgement mammaire et prise en charge

Diagnostic :

- survenue au moment de la montée laiteuse vers le troisième jour le plus souvent
- clinique :
  - SEIN(S) TENDU(S), DUR(S) ET TRÈS DOULOUREUX
  - FÉBRICULE À 38 °C
- signes négatifs :
  - absence de placard inflammatoire
  - absence de cordon inflammatoire
  - absence d'adénopathies
  - absence de signe de Budin : le lait est clair
- bilan complémentaire : aucun (DIAGNOSTIC CLINIQUE)

Prise en charge

L'engorgement mammaire est lié le plus souvent à une mauvaise technique d'allaitement :

- traitement étiologique :
  - ÉDUCATION DE LA PATIENTE SUR LES TECHNIQUES D'ALLAITEMENT
  - RASSURER LA PATIENTE
- traitement symptomatique :
  - douches chaudes avec massage évacuateur des seins
  - pommade anti-inflammatoire
  - antalgiques : paracétamol (Doliprane®) *per os* si besoin
- surveillance

Diagnostic d'une lymphangite du sein et prise en charge

Diagnostic :

- survenue le plus souvent entre J5 et J10 du *post-partum*
- début brutal
- clinique :
  - PEAU ROUGE, CHAUDE, DOULOUREUSE ET TENDUE
  - CORDON ROSE DOULOUREUX

- ◆ ADÉNOPATHIE AXILLAIRE DOULOUREUSE
- ◆ FIÈVRE ÉLEVÉE À 39-40 °C AVEC DES FRISSONS
- ◆ présence d'une crevasse : facteur favorisant

- ▶ signes négatifs : absence de signe de Budin (le lait est clair)
- ▶ BILAN INFECTIEUX : NÉGATIF

Prise en charge :

- ▶ traitement étiologique : anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie locale (Nifluril® gel) ou générale (acide acétylsalicylique : Aspirine®)
- ▶ traitement symptomatologique :
  - ◆ antalgiques : paracétamol (Doliprane®) *per os* si besoin
  - ◆ POURSUITE DE L'ALLAITEMENT POSSIBLE
- ▶ surveillance

Diagnostic d'une galactophorite aiguë et prise en charge

Diagnostic :

- ▶ survenue après J15 du *post-partum*
- ▶ début progressif, parfois précédé d'un tableau de lymphangite aiguë
- ▶ clinique :
  - ◆ ZONE INFLAMMATOIRE ET INDURÉE DU SEIN
  - ◆ DOULEUR À LA PALPATION
  - ◆ FIÈVRE À 38-38,5 °C
  - ◆ ADÉNOPATHIES AXILLAIRES
  - ◆ SIGNE DE BUDIN POSITIF : écoulement de pus à la pression du mamelon
- ▶ bilan infectieux :
  - ◆ syndrome infectieux avec une hyperleucocytose et une CRP augmentée
  - ◆ isolement d'un STAPHYLOCOQUE au prélèvement de lait et aux hémocultures

Prise en charge :

- ▶ traitement étiologique :
  - ◆ SUSPENSION DE L'ALLAITEMENT AU MOINS AVEC LE SEIN INFECTÉ JUSQU'À LA GUÉRISON CLINIQUE : utilisation d'un tire-lait. Le lait est jeté
  - ◆ ALLAITEMENT ARTIFICIEL DU NOUVEAU-NÉ
  - ◆ ANTIBIOTHÉRAPIE probabiliste active sur le staphylocoque secondairement adaptée à l'antibiogramme : pénicilline M (Bristopen®) pendant 8 jours *per os*

- traitement symptomatique : antalgiques (paracétamol : Doliprane®) *per os* si besoin
- surveillance : survenue d'un abcès

Diagnostic d'un abcès du sein et prise en charge

Diagnostic :

- survient en général après une galactophorite aiguë mal traitée
- clinique :
  - FIÈVRE À 40 °C
  - DOULEUR MAMMAIRE INTENSE PULSATILE
  - SEIN VOLUMINEUX ROUGE ET TRÈS TENDU
  - PALPATION D'UNE MASSE FLUCTUANTE
- bilan :
  - bilan infectieux : NFS-plaquettes, CRP, hémocultures périphériques
  - bilan préopératoire

Prise en charge :

- hospitalisation en urgence en gynécologie
- mise en condition de la malade :
  - à jeun
  - voie veineuse périphérique
  - consultation d'anesthésie
- traitement étiologique :
  - ARRÊT DE L'ALLAITEMENT
  - TRAITEMENT CHIRURGICAL : INCISION, DRAINAGE, LAVAGE
  - un prélèvement de pus est envoyé en bactériologie
- traitement symptomatique : antalgiques (paracétamol : Doliprane®) *per os* si besoin
- surveillance



Le mot du conférencier

Question posant beaucoup de difficultés aux étudiants. L'explication est simple, pendant vos stages en gynécologie, vous n'allez pas en suites de couches, donc vous ne voyez que peu les problèmes liés à l'allaitement. Pourtant, ce sujet est déjà tombé aux ECN en 2005, et cela n'a pas été une réussite…

Comme vous le voyez, les diagnostics sont faits sur des arguments cliniques et des signes négatifs. En *post-partum* immédiat, la CRP est quasiment toujours aux alentours de 50, elle n'apporte donc pas beaucoup d'aide pour les diagnostics.

La question nutrition est importante, surtout avec la nouvelle orientation des ECN.

Les questions les plus souvent posées en conférence sont :

- hépatites et allaitement : autorisé après avoir éliminé une co-infection VIH ;
- contre-indications à l'allaitement :
  - adénome à prolactine ;
  - cancer du sein ;
  - certaines interventions de plastie mammaire ;
  - médicaments : anticoagulants oraux, antithyroïdiens de synthèse, hydantoïnes, dérivés iodés, sulfamides, tétracyclines ;
  - infection VIH.

ITEM 25

Suites de couches pathologiques

Objectif : Diagnostiquer les principales complications maternelles des suites de couche : complications hémorragiques, infectieuses, thromboemboliques.

Diagnostics à évoquer devant une fièvre du *post-partum*

Complications infectieuses :
- endométrite aiguë
- galactophorite aiguë
- infection périnéale ou de cicatrice : abcès de paroi
- pyélonéphrite aiguë

Complications non infectieuses :
- montée laiteuse
- lymphangite mammaire
- phlébite du membre inférieur
- thrombophlébite pelvienne

Conduite à tenir devant des convulsions en *post-partum*

Il faut éliminer l'ÉCLAMPSIE, la THROMBOPHLÉBITE CÉRÉBRALE et la crise d'épilepsie.
C'est une URGENCE THÉRAPEUTIQUE : PRONOSTIC VITAL ENGAGÉ.

Recherche d'antécédents :
- épilepsie : si oui, sous traitement
- protéinurie et HTA au cours de la grossesse
- prise d'anticoagulant

Anamnèse :
- morsure de la langue
- perte des urines
- crise généralisée ou partielle

Examen clinique :
- prise de la tension artérielle
- température

- examen neurologique :
  - état post-critique
  - somnolence, confusion
  - coma : score de Glasgow

Bilan en URGENCE :
- NFS-plaquettes
- bilan hépatique
- bandelette urinaire
- protéinurie sur échantillon d'urine puis sur 24 heures
- SCANNER CÉRÉBRAL en URGENCE avec injection de produit de contraste

Traitement :
- pose d'une voie veineuse périphérique
- traitement anticomitial : Rivotril® IV

Surveillance en réanimation médicale.

Conduite à tenir devant une absence de retour de couches

Après 8 semaines sans retour de couches, il faut éliminer un syndrome de Sheehan, une nouvelle grossesse, des synéchies, une hyperprolactinémie et une aménorrhée psychogène.

Interrogatoire :
- date d'arrêt de l'allaitement
- prise médicamenteuse
- prise d'une contraception
- recherche de signes d'insuffisance hypophysaire : asthénie, prise de poids, ralentissement psychomoteur

Anamnèse :
- recherche d'une hémorragie de la délivrance, d'un geste endo-utérin : révision utérine
- présence d'une montée laiteuse

Examen clinique :
- recherche d'une pâleur, d'une dépigmentation et d'une dépilation
- prise de la tension artérielle
- examen gynécologique

Bilan biologique :
- bêta-hCG plasmatique
- bilan thyréotrope : dosage TSH us, T3L, T4L

- bilan corticotrope :
  - ionogramme sanguin
  - cortisolémie à 8 heures
  - cortisol urinaire des 24 heures
  - dosage de l'ACTH plasmatique
  - test au synacthène
  - test à la CRH
  - test à la métopirone
- bilan gonadotrope :
  - dosage œstradiol et progestérone
  - dosage FSH et LH
- bilan lactotrope : dosage de la prolactine

Bilan d'imagerie :

- échographie pelvienne
- hystéroscopie diagnostique



Le mot du conférencier

Le *post-partum* est une période à risque comme toute période post-opératoire.

Les diagnostics à ne pas manquer sont ceux de l'endométrite aiguë et de la thrombophlébite cérébrale. Une nouvelle grossesse peut également arriver, donc pensez aux bêta-hCG devant tout symptôme pelvien à distance de l'accouchement : métrorragies, douleur, aménorrhée.

ITEM 31

Problèmes posés par les maladies génétiques : trisomie 21

Objectifs : *Expliquer les bases du conseil génétique, et les possibilités de diagnostic anténatal.*
Expliquer les problèmes liés à la maladie et les retentissements de l'arrivée d'un enfant souffrant de maladie génétique sur le couple et la famille.
Diagnostiquer la trisomie 21, en connaître l'évolution naturelle et les principales complications.

Examens utiles pour le dépistage de la trisomie 21 et efficacité

Échographie :

- échographie du premier trimestre : recherche une hyperclarté nucale
- échographie du deuxième et du troisième trimestre :
  - morphologie : profil plat, interposition linguale, os propres du nez courts
  - biométrie : fémur court
  - malformations fréquemment associées : communication atrioventriculaire et atrésie duodénale

Biologie (entre 14 et 17 SA + 6 jours) :

- dosage de la fraction libre de l'HCG (augmentée en cas de T21)
- dosage de l'alphafœtoproétine (abaissée en cas de T21)
- dosage de l'œstriol non conjugué (abaissé en cas de T21)
- calcul du risque corrigé en fonction :
  - de l'âge de la grossesse
  - de l'âge maternel
  - des taux des marqueurs
- seuil de détection de 1/250 : dépiste 60 % des trisomies 21 en faisant 5 % d'amniocentèse

Le dépistage couplé échographie et marqueurs sériques permet de détecter 80 % des trisomies 21.

Diagnostic de trisomie 21

Il est effectué par la RÉALISATION D'UN CARYOTYPE FŒTAL :
- soit par BIOPSIES DE TROPHOBLASTES entre 10 et 14 SA
- soit par AMNIOCENTÈSE entre 13 et 35 SA
- soit par ponction de sang fœtal à partir de 22 SA

Principales anomalies morphologiques observées dans la trisomie 21 en période néonatale

- Microcéphalie.
- Dysmorphie faciale :
  - hygroma cervical
  - fentes palpébrales obliques en haut et en dehors
  - face plate et arrondie
  - racine du nez plate
  - épicanthus
  - taches de Brushfield
  - macroglossie avec protrusion de la langue
- Pli palmaire transverse unique.
- Hypotonie néonatale.

Informations sur le devenir d'un enfant porteur d'une trisomie 21

Les informations remises au couple doivent être loyales et claires.
Il s'agit d'une pathologie génétique qui aura un retentissement tout au long de la vie de l'enfant.

Dans l'enfance :
- retard psychomoteur avec retard des acquisitions
- difficulté d'apprentissage empêchant une scolarité normale
- immaturité affective
- risque de nombreuses pathologies surajoutées : leucémies aiguës, épilepsie, hypothyroïdie, insuffisance cardiaque, infections ORL, troubles visuels

À l'âge adulte :
- retard mental constant mais bonne compréhension permettant une insertion dans la vie courante
- retard statural : 150 cm
- vieillissement précoce : avec cataracte à 30 ans, Alzheimer à 40 ans
- persistance de nombreuses pathologies surajoutées
- l'espérance de vie est d'environ 50 ans en l'état actuel de nos connaissances

Prise en charge au long cours d'un enfant porteur d'une trisomie 21

Prise en charge des parents :

- rencontre avec des associations de parents d'enfants porteurs de trisomie 21
- prise en charge par un psychologue

Prise en charge médicale pluridisciplinaire :

- suivi régulier à vie
- vaccinations obligatoires
- surveillance du développement staturopondéral
- surveillance de la survenue de complications : leucémie aiguë, épilepsie, hypothyroïdie, insuffisance cardiaque, infections ORL, troubles visuels

Prise en charge sociale :

- prise en charge à 100 % avec exonération du ticket modérateur
- carte d'invalidité
- allocation éducation spécialisée

Prise en charge éducative :

- prise en charge par un CAMSP (centre d'action médicosociale précoce)
- prise en charge en orthophonie
- éducation en centre spécialisé en fonction des capacités



Le mot du conférencier

Grosse question. Sujet pouvant tomber, difficile, car il y a beaucoup d'informations à donner sur de nombreux sujets.

Si on vous pose la question de l'indication de l'IMG dans la trisomie 21, ne vous lancez pas dans de grands discours philosophiques : répondez qu'elle est autorisée car la trisomie 21 est une affection d'une gravité particulière reconnue comme incurable à l'état actuel de nos connaissances. Elle rentre donc dans les dispositions légales de l'IMG. Ensuite, après les informations données aux parents au cours d'un conseil génétique, c'est à eux de prendre la décision et l'équipe médicale se range à leur avis.

Question à bien travailler...

ITEM 31

Problèmes posés par les maladies génétiques : mucoviscidose

Objectifs : *Expliquer les bases du conseil génétique, et les possibilités de diagnostic anténatal.*
Expliquer les problèmes liés à la maladie et les retentissements de l'arrivée d'un enfant souffrant de maladie génétique sur le couple et la famille.
Diagnostiquer la trisomie 21, en connaître l'évolution naturelle et les principales complications.

Mutation la plus fréquente responsable de cette maladie

C'est la DÉLÉTION DELTA F 508 : délétion de la phénylalanine en position 508 sur le chromosome 7, codant pour la protéine CFTR, qui est le canal chlore des cellules glandulaires exocrines.

Fréquence et mode de transmission

- Mode de transmission autosomique récessif.
- 1 hétérozygote sur 25 soit 4 % de la population.
- 1 homozygote sur 2 500.

Prise en charge d'une suspicion de mucoviscidose en prénatal

Dans le cadre d'un CONSEIL GÉNÉTIQUE, après avoir informé les parents sur les différentes techniques de dépistage et leurs risques :

- réalisation d'un ARBRE GÉNÉALOGIQUE sur 3 générations des conjoints (recherche d'un cas index)
- premier temps : RECHERCHE DE LA DÉLÉTION CHEZ LES 2 PARENTS PAR LES TECHNIQUES DE BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
- deuxième temps, avec l'accord des parents, après les avoir informés des risques, AMNIOCENTÈSE :

- pour doser les enzymes digestives dans le liquide amniotique après 18 SA (elles sont abaissées chez les fœtus atteints de mucoviscidose)
- RECHERCHE DE LA DÉLÉTION PAR LES TECHNIQUES DE BIOLOGIE MOLÉCULAIRE POUR CONFIRMER LE DIAGNOSTIC DE MUCOVISCIDOSE

Conduite à tenir en cas de diagnostic confirmé

- Il faut informer les parents sur cette maladie : rencontre avec les obstétriciens, les pédiatres, les pneumologues et une consultation de conseil génétique.
- Il faut leur expliquer que le pronostic de leur enfant est essentiellement guidé par une insuffisance respiratoire chronique et que la médiane de survie dans l'état actuel de nos connaissances est de 30 ans.
- On peut proposer aux parents une interruption thérapeutique de grossesse, car il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une gravité particulière reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Même s'il peut vivre 30 ans ou plus, il décédera de sa mucoviscidose, qui est une maladie reconnue comme incurable dans l'état actuel de nos connaissances.
- La décision appartient aux parents et l'équipe obstétricale doit se ranger à leur avis.
- Si les parents ne demandent pas d'interruption médicale de grossesse, on propose un suivi rapproché de la grossesse et une prise en charge en CRCM (Centre de ressources et de compétences pour la mucoviscidose) dès la naissance.

Démarche diagnostique après la naissance

- Proposer le dépistage néonatal par le test de Guthrie.
- Biologie moléculaire systématique avec recherche des mutations du gène CFTR.
- Test de la sueur dès que l'enfant aura atteint 4 kg (vers 1 mois).

Grandes lignes de la prise en charge d'un enfant atteint de mucoviscidose

Suivi régulier à vie en CRCM (Centre de ressources et de compétences pour la mucoviscidose), mis en place en même temps que le dépistage néonatal.

Prise en charge respiratoire :

- kinésithérapie respiratoire quotidienne
- antibiothérapie selon ECBC
- vaccinations (obligatoires + Prevnar + grippe)
- immunothérapie anti-VRS au moins la première année (Synagis®)
- bêta-2-mimétiques si hyperréactivité bronchique associée
- surveillance ECBC, EFR

Prise en charge digestive :

- suivi régulier à vie
- alimentation hypercalorique normolipidique
- enzymes pancréatiques gastroprotégées (Créon®)
- supplémentation en vitamines liposolubles (ADEK) et sel
- surveillance courbe de croissance pondérale, BMI
- selles (nombre, aspect), douleurs abdominales
- glycémie à jeun (dépistage DID)



Le mot du conférencier

Dossier pas encore tombé aux ECN. Nous l'avons fait tomber à un concours blanc, les notes ont été franchement moyennes, ce qui a fait de ce dossier un dossier classant : ceux qui le réussissaient correctement ne perdaient pas de place. Les notes étant basses, ceux qui le rataient ne reculaient pas beaucoup. Mais ceux qui le réussissaient prenaient beaucoup de places ! Aux ECN, il y a fort à parier que cela serait pareil. En plus, cela fait un très beau sujet transversal, avec de la génétique, de la pédiatrie, de la pneumologie, de la gastrologie. En bref, un des sujets que je considère comme le plus à risque de tomber bientôt aux ECN.

N'oubliez pas que ce sont les parents qui demandent l'IMG.

Dans vos réponses, n'oubliez pas non plus de mettre le suivi rapproché de la grossesse si les parents ne demandent pas l'IMG.

ITEM 31

Problèmes posés par les maladies génétiques : syndrome de l'X fragile

Objectifs : *Expliquer les bases du conseil génétique, et les possibilités de diagnostic anténatal.*
Expliquer les problèmes liés à la maladie et les retentissements de l'arrivée d'un enfant souffrant de maladie génétique sur le couple et la famille.
Diagnostiquer la trisomie 21, en connaître l'évolution naturelle et les principales complications.

Mode de transmission et fréquence dans la population

- TRANSMISSION DOMINANTE LIÉE A L'X :
  - tous les garçons sont atteints, 50 % des filles sont atteintes et 50 % des filles sont vectrices
  - pas de transmission père-fils
  - transmission verticale
- Cause la plus fréquente de retard mental chez les garçons : touche 1 garçon sur 4 000 et 1 fille sur 7 000.

Mécanisme de l'anomalie génétique

- Présence sur le chromosome X d'un site fragile constitué d'une répétition de séquences CGG en tandem. Cette expansion de triplet a pour conséquence l'inactivation du gène FMR1.
- Les sujets sains ont entre 6 à 50 répétitions de CGG.
- Les vecteurs de la maladie ont entre 50 et 200 répétitions de triplets.
- Les malades en ont plus de 200.
- Chez la mère porteuse de la prémutation, il se produit au cours de la méiose un phénomène d'extension qui se traduit par une augmentation du nombre de triplets alors qu'ils sont stables dans les spermatozoïdes du père. À chaque transmission à une fille, le nombre de triplets va augmenter.
- Les mères sont donc toujours vectrices.

Particularité de la prise en charge dans le cadre d'une maladie par instabilité

- Le diagnostic de cette maladie se fait en général à l'adolescence. La prise en charge dans le cadre d'un diagnostic prénatal se fera donc après la découverte du cas index.
- Le diagnostic prénatal s'adresse donc aux femmes ayant eu un enfant atteint ou aux femmes connues comme porteuses de la mutation complète.
- À 10 SA : PONCTION DE VILLOSITÉS CHORIALES pour réalisation d'un caryotype afin de DÉTERMINER LE SEXE DU FŒTUS :
  - garçon : 100 % de risque d'être malade
  - fille : 50 % de risque d'être malade
- ÉTUDE EN BIOLOGIE MOLÉCULAIRE par Southern Blot ou PCR.



Le mot du conférencier

Sujet très discuté. En effet, le diagnostic prénatal de cette maladie ne débouche pas sur grand-chose : il n'y a pas de traitement et ce n'est pas une pathologie mortelle... Peu « tombable ».

ITEM 31

Problèmes posés par les maladies génétiques : diagnostic anténatal

Objectifs : *Expliquer les bases du conseil génétique, et les possibilités de diagnostic anténatal.*
Expliquer les problèmes liés à la maladie et les retentissements de l'arrivée d'un enfant souffrant de maladie génétique sur le couple et la famille.
Diagnostiquer la trisomie 21, en connaître l'évolution naturelle et les principales complications.

Informations sur l'amniocentèse

- Geste consistant à aller prélever du liquide amniotique.
- Avant ce geste, il faut informer les parents des risques associés :
  - fausse couche : 0,5 %
  - infection
  - hémorragie par décollement du trophoblaste pouvant entraîner une fausse couche
  - échec de l'amniocentèse
- Geste réalisé entre 13 et 35 SA : après réalisation d'une anesthésie locale, on plante une aiguille sous contrôle échographique dans la cavité amniotique par voie transabdominale. On aspire un peu de liquide amniotique toujours sous contrôle échographique.
- Dans le liquide se trouvent des cellules amniotiques en suspension d'origine fœtale. On peut donc rechercher :
  - des anomalies chromosomiques par la réalisation d'un caryotype
  - des anomalies génétiques par réalisation de techniques de biologie moléculaire
  - des dépistages de maladies métaboliques par dosage de certaines enzymes dans le liquide amniotique

Informations sur la biopsie des villosités choriales

- Geste consistant à aller prélever des cellules du placenta.
- Avant ce geste, il faut informer les parents des risques associés :
  - fausse couche : 1,5 à 3 %
  - infection

- hémorragie par décollement du trophoblaste : 40 %
- échec : contamination du prélèvement par des cellules maternelles
- résultats faussés par la présence d'un mosaïcisme chromosomique

- Geste réalisé entre 10 et 13 SA : elle peut être faite par voie transcervicale ou par voie transabdominale. Elle se fait sous contrôle échographique après repérage de la zone placentaire.
- À partir des cellules des villosités choriales, on peut donc rechercher :
  - des anomalies chromosomiques par la réalisation d'un caryotype
  - des anomalies génétiques par réalisation de techniques de biologie moléculaire
  - des dépistages de maladies métaboliques par dosage de certaines enzymes dans les villosités choriales
- L'avantage de cette technique est de permettre un diagnostic plus précoce, mais il s'agit d'un geste plus risqué que l'amniocentèse.

Informations sur la ponction de sang fœtal

- Geste consistant à ponctionner une veine ombilicale sous contrôle échographique.
- Elle peut se faire entre 20 et 38 SA.
- Les parents doivent être informés des risques :
  - fausse couche tardive ou mort fœtale *in utero* : 2 à 5 %
  - saignement fœtal
  - bradycardie fœtale pouvant être à l'origine d'un accouchement prématuré
  - rupture prématurée des membranes
- Elle permet de diagnostiquer :
  - des maladies génétiques
  - des hémoglobinopathies
  - des infections maternofœtales
  - des anémies dans le cadre d'une allo-immunisation Rhésus

Qu'est-ce qu'un conseil génétique ?

C'est une consultation avec un généticien, qui va INFORMER LE COUPLE sur :

- LE RISQUE DE TRANSMISSION d'une maladie génétique
- LE RISQUE QUE L'ENFANT EXPRIME LA MALADIE
- LA MALADIE GÉNÉTIQUE et ses conséquences : l'anomalie génétique responsable, le mode de transmission, l'évolution de la maladie
- les possibilités d'un DIAGNOSTIC PRÉNATAL
- les éventuels traitements et aides disponibles

Le généticien va s'aider d'un arbre généalogique du couple sur 3 générations afin de dépister le cas index et d'en déduire le mode de transmission de la maladie.
L'information doit être loyale, objective et compréhensible.

Indications d'un conseil génétique

En période prénatale :

- âge maternel supérieur ou égal à 38 ans
- anomalies chromosomiques chez l'un des parents
- antécédent familial de maladie génétique
- dépistage positif d'une maladie génétique : échographie et/ou marqueurs

En période néonatale : découverte d'un syndrome polymalformatif.

En période post-natale :

- programmation d'une prochaine grossesse après découverte d'une maladie génétique au cours de la grossesse précédente
- stérilité



Le mot du conférencier

Voilà des questions que vous pouvez trouver dispatchées dans beaucoup de dossiers de gynécologie. Le mieux pour connaître ces questions, c'est d'aller passer une matinée dans un service d'obstétrique pour voir des amniocentèses. Vous verrez, cela rentrera tout seul et pour très longtemps...

> N.B : Les problèmes que l'on peut rencontrer au cours d'un diagnostic prénatal sont la découverte d'une fausse paternité et la découverte d'une autre maladie génétique que celle recherchée initialement.

Allo-immunisation Rhésus



Le mot du conférencier

Même si cette question n'est pas officiellement au programme des ECN, ne doutez pas du fait qu'elle puisse tomber de manière indirecte par sa PRÉVENTION. On ne vous demandera pas de gérer une femme qui a des RAI positives avec un fœtus en anasarque. En revanche, on ne vous pardonnera pas d'avoir oublié la prévention de l'allo-immunisation Rhésus. Rappelez-vous que :

> Toute patiente de Rhésus négatif ou ayant un antécédent de transfusion sanguine est à risque d'allo-immunisation Rhésus ! Toute femme qui saigne pendant sa grossesse ou qui subit un geste pouvant être traumatique doit avoir une prévention de l'allo-immunisation Rhésus par injection de gammaglobulines anti-D !

Les épisodes où vous ne devez pas l'oublier sont :

- TOUT SAIGNEMENT CHEZ UNE FEMME ENCEINTE ;
- ACCOUCHEMENT : voie basse ou par césarienne ;
- AMNIOCENTÈSE ;
- BIOPSIE DE TROPHOBLASTE ;
- PONCTION DE SANG FŒTAL ;
- TRAUMATISME ABDOMINAL ;
- VERSION PAR MANŒUVRE EXTERNE D'UN FŒTUS EN SIÈGE ;
- GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ;
- MORT FŒTALE *IN UTERO* ;
- FAUSSE COUCHE SPONTANÉE ;
- INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE ;
- CERCLAGE.

470071 / 4 0 9 3 0 6 - I - (3,5) - OSB 80-PMS 294 - MCP

ELSEVIER MASSON S.A.S.
62, rue Camille-Desmoulins
92442 Issy-les-Moulineaux cedex
Dépôt légal : mars 2007

Achevé d'imprimer sur les presses de
SNEL Grafics sa
Z.I. des Hauts-Starts – Zone 3
Rue Fond des Fourches, 21 – B-4041 Vottem (Herstal)
Tél +32 (0)4 344 65 60 – Fax +32 (0)4 286 99 61
février 2007 – n° xxxx

Imprimé en Belgique